

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 119

L'INTRADERMO-RÉACTION AU COLI-BACILLE
DANS SES RAPPORTS AVEC LES
SUITES DE L'APPENDICECTOMIE
(Contribution à l'étude de la vaccinothérapie pré-opératoire)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1925

PAR

Antoine-Gaston-Robert DUFOUR

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX (1923-1924)
PRIX DE L'INTERNAT DE CHIRURGIE (Médaille d'or 1925)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX
LAURÉAT A LADITE SOCIÉTÉ
CROIX DE GUERRE

Né à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure), le 15 octobre 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	{ Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 119

L'INTRADERMO-REACTION AU COLI-BACILLE
DANS SES RAPPORTS AVEC LES
SUITES DE L'APPENDICECTOMIE
(Contribution à l'étude de la vaccinothérapie pré-opératoire)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1925

PAR

Antoine-Gaston-Robert DUFOUR

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX (1923-1924)
PRIX DE L'INTERNAT DE CHIRURGIE Médaille d'or 1925)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX
LAURÉAT A L'ADITE SOCIÉTÉ
CROIX DE GUERRE

Né à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure), le 15 octobre 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	{ Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIERE, 47

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSE.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
id.....	Médecine expérimentale.....
Clinique chirurgicale.....	Clinique ophtalmologique.....
id.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique gynécologique.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	Chimie biologique et médicale.....
Anatomie.....	Physique pharmaceutique.....
Anatomie générale et histologie.....	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....
Physiologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Hygiène.....	Clinique des maladies des voies urinaires.....
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Chimie.....	Toxicologie et hygiène appliquée.....
Botanique et matière médicale.....	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Pharmacie.....	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Médecine générale.....
Histologie.....	id.....
Physiologie.....	Maladies mentales.....
Anatomie pathologique.....	Chirurgie générale.....
Parasitologie et sciences naturelles.....	id.....
id.....	id.....
Physique biologique et médicale.....	id.....
Chimie biologique et médicale.....	Obstétrique.....
Médecine générale.....	id.....
id.....	Ophthalmologie.....
id.....	Oto-rhino-laryngologie.....
id.....	Pharmacie.....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	PAÉRICULTURE.....
Médecine opératoire.....	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....
Accouchements.....	Chimie pharmaceutique.....
Ophtalmologie.....	Chimie minérale.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	MM. ROCHER.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....	CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....	LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance et
de mon amour infinis.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MICHEL GIRARD

Une affection fraternelle nous unissait

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DE STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURIAC

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉNUCÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZÈS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAGRANGE

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLAR

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHENUT

Chirurgien des hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. PIÉCHAUD

*Ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES MAÎTRES DE L'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

*Chargé du cours complémentaire d'ophtalmologie,
Oculiste des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier de l'Instruction publique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDELET

*Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Membre des Sociétés française et italienne d'orthopédie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.
Officier de l'Instruction publique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Je suis fier de me dire votre élève, et je
vous suis infiniment reconnaissant, mon
cher maître, d'avoir bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

.

L'INTRADERMO-RÉACTION AU COLI-BACILLE

DANS SES RAPPORTS AVEC LES

SUITES DE L'APPENDICECTOMIE

INTRODUCTION

A la suite de certaines appendicectomies même faciles, rapides, et pratiquées dans les meilleures conditions, pour des appendicites complètement refroidies cliniquement, le chirurgien est surpris d'assister à des accidents, la plupart il est vrai passagers et simplement inquiétants, les autres (heureusement très rares) absolument terrifiants, amenant la mort à bref délai, en trente-six ou quarante-huit heures.

。 Dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, le 12 mars 1919, L. Bazy et Vallée, recherchant l'explication de ces faits, font jouer un rôle important à un état spécial de l'organisme, hypersensible à certains germes mis en circulation par l'acte opératoire.

Ils proposent de déceler cet état, qu'aucun examen clinique ne peut faire soupçonner, par une intradermo-réaction faite avec les germes reconnus le plus souvent en cause dans l'appendicite.

Une réaction positive permet de reconnaître, disent ces auteurs, une diminution de résistance du sujet vis-à-vis de ces germes, et une vaccination pratiquée avant l'appendicectomie doit prévenir dans une certaine mesure les accidents postopératoires liés à ce défaut de résistance.

L. Bazy et de Nabias ont présenté le 18 juin 1924, à la Société de chirurgie, les résultats d'une pareille pratique, portant sur 30 cas.

Ces résultats paraissent encourageants.

Mais il serait intéressant, comme le fait remarquer R. Grégoire dans la même séance, de pratiquer chez un certain lot de malades, avant l'appendicectomie, la même intradermo-réaction, cette fois *non suivie de vaccination*.

Une telle épreuve permettrait de mettre en parallèle les résultats de l'intradermo-réaction et les suites opératoires. On verrait bien alors si les suites compliquées surviennent surtout chez des malades ayant présenté avant l'opération une intradermo-réaction positive.

Si la chose se vérifiait, ces cas positifs paraîtraient évidemment justiciables d'une vaccination préventive.

Tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

Nous n'avons pas voulu entrer dans l'explication des résultats de nos réactions dans le sens biologique, ni pénétrer les phénomènes de sensibilité de l'organisme vis-à-vis de tel ou tel germe; nous avons simplement observé des faits, et nous les rapportons en les interprétant comme il est dit plus haut.

Une méthode bactériothérapique semble donner de bons résultats; la contre-épreuve va-t-elle confirmer ces résultats ?

Chez 35 malades atteints d'appendicite, nous avons soigneusement noté tous les détails de l'histoire de la maladie, les antécédents, utiles à connaître chez certains, l'état actuel du sujet.

Nous avons pratiqué chez tous ces malades l'intradermo-réaction suivant la technique indiquée par L. Bazy (nous reviendrons plus loin sur cette technique). Nous en avons noté le résultat.

Nous avons ensuite noté les renseignements concernant l'acte opératoire : technique employée, difficultés, incidents, lésions trouvées à l'opération. Tous ces malades ont subi l'appendicectomie.

Nous avons suivi ces malades après l'opération et nous rapportons pour chacun d'entre eux les suites opératoires.

Ces suites, heureusement simples dans le plus grand nombre des cas, ont été marquées parfois par des accidents locaux ou généraux passagers, que rien ne faisait prévoir, venant après des opérations faciles. Ces accidents paraissent donc bien entrer dans le cadre de ceux dont nous avons parlé.

Nous avons observé en outre, chez un malade opéré à froid, des accidents brusques, dramatiques, ayant amené rapidement la mort. Ce dernier cas rappelle, par beaucoup de points, les observations présentées par certains auteurs à la Société de chirurgie, et dont nous reparlerons.

Enfin nous avons comparé les résultats de nos intradermo-réactions avec :

Chemin faisant : l'histoire de la maladie; le nombre, la violence des crises; l'état actuel du malade; les lésions trouvées à l'opération; mais surtout (car c'était là notre véritable but) avec les *suites opératoires*.

Nous allons tout d'abord exposer la méthode de la bactériothérapie préopératoire, et dans un chapitre suivant nous rapporterons les faits que nous avons observés.

LA METHODE DE L'INTRADERMO-REACTION SUIVIE DE VACCINATION ANTICOLI-BACILLAIRE PREOPERATOIRE

A. — *Considérations qui ont amené les auteurs à pratiquer cette méthode.*

Nous avons parlé de ces sortes d'accidents qui surviennent brusquement dans les jours qui suivent l'appendicectomie. C'est quelquefois après une opération banale, sans incidents, chez des malades ayant bon état général apparent et présentant un minimum de lésions appendiculaires, que surviennent ces complications, alors que rien ne pouvait les faire prévoir.

Parfois ce sont des phénomènes extrêmement brutaux qui amènent la mort rapidement. D'autres fois, ce sont des phénomènes moins graves : accidents généraux passagers sans signes locaux; accidents locaux, réaction péritonéale, phlébite.

Les accidents graves de la première catégorie sont heureusement fort rares, et quelques cas ont été publiés par les chirurgiens qui s'en montraient fortement émus.

Ce sont : les cas présentés par Bazy à la Société de chirurgie en 1919;

Le cas présenté par Chevrier à la même Société le 16 juin 1920 sous le titre : « Un cas de mort rapide sans accident local après l'appendicectomie à froid »;

Le cas présenté par Bazy à la Société de chirurgie le 18 juin 1924, qui ne s'est pas, celui-là, terminé par la mort : Il s'agissait d'une fillette chez laquelle l'appendicectomie avait été particulièrement simple. Tout se passa normalement la première journée qui suivit l'opération. Mais le deuxième jour, sans aucun signe local, il y eut du délire, une fièvre à 40°8,

le pouls à 170. Le lendemain amenait une légère amélioration et tout était rentré dans l'ordre au bout de deux jours;

Un cas de Chevassu, rapporté dans la même séance, d'un sujet emporté dans les vingt-quatre heures après appendicectomie, l'autopsie ne révélant aucune lésion;

Le cas que nous rapportons, observation XXXV.

Enfin, quiconque a suivi assidûment les services de chirurgie a le souvenir de certains malades emportés rapidement par la septicémie, après des opérations simples; ou ayant présenté des complications plus ou moins inquiétantes, alors que les choses semblaient devoir se passer normalement.

Alors que la technique opératoire employée et les conditions d'asepsie sont parfaites, on ne peut guère expliquer ces faits que par une libération brusque des germes, mis en circulation par l'acte opératoire, et la mise en liberté de produits hautement toxiques et hautement virulents.

Si l'on pense que ces phénomènes surviennent parfois à la suite d'intervention sur des foyers en apparence parfaitement « refroidis », on peut bien admettre qu'un rôle important est joué par un état de moindre résistance de l'organisme vis-à-vis des germes libérés.

Il paraissait donc utile, au point de vue thérapeutique, de déceler cet état spécial et de le combattre en augmentant la résistance de l'organisme.

Le 12 mars 1919, à la Société de chirurgie, L. Bazy proposait de dépister cet état de résistance amoindrie en pratiquant, avant d'opérer, des *intradermo-réactions*; et, dans les cas où ces réactions se montreraient positives, de *vacciner* le malade avant l'opération.

Pour la réaction et la vaccination on emploierait la même substance, la même émulsion de corps microbiens.

« La vaccination préventive devant être spécifique, dit Bazy, il s'agissait de savoir *avec quels germes je composerais mon vaccin*. J'ai donc systématiquement examiné tous les appendices que j'ai enlevés, et recueilli dans différents services le pus de toutes les appendicites que l'on avait à opérer d'ur-

gence. Mon ami Cuvelier, au laboratoire de M. Vallée, a bien voulu se charger, dans plus de trente cas, de *l'identification des germes*:

» Une fois seulement il a trouvé, dans une péritonite appendiculaire, l'entérocoque à l'état pur.

» *Dans tous les autres cas* il s'agissait du *coli-bacille*, soit seul, soit associé à l'entérocoque ou au streptocoque, soit aux deux germes à la fois.

» Une fois, il y avait association du coli-bacille avec un staphylocoque doré.

» Ce sont ces constatations bactériologiques qui m'avaient conduit à utiliser le vaccin quadrivalent dont je parlais au début de cette communication.

» Mais, comme il me semble bien que *le coli-bacille soit dans les appendicites le germe principal et en tout cas le seul constant*, je me suis beaucoup servi d'un vaccin sensibilisé ne contenant que des coli-bacilles appartenant à des races pathogènes. »

Et même, dans les cas d'appendicite gangréneuse, ce ne sont presque jamais les germes gangréneux telluriques qui sont en cause, mais encore *le coli-bacille*, si bien qu'en faisant dans ces cas la sérothérapie antigangréneuse on ne fait pas une sérothérapie spécifique (Ch. Clavelin, Société de chirurgie, 13 mai 1925, Discussion de L. Bazy).

Plusieurs auteurs ont employé la sérothérapie antigangréneuse dans l'appendicite Il faut citer :

Paul Delbet au XXIX^e Congrès de chirurgie;

Billet à la Société de médecine militaire, en 1921;

Bérard et Santy, Cotte à la Société de chirurgie de Lyon, en 1921;

Michel au Congrès de la Société internationale de chirurgie de Londres, en 1923;

Foisy dans les *Archives médico-chirurgicales de province*, en janvier 1924;

Et tout récemment Clavelin du Val-de-Grâce, à la Société de chirurgie, le 13 mai 1925.

Or, voici, pour une série de vingt cas d'appendicite de cette forme, les résultats de l'examen bactériologique de Vallée et Letulle :

Sur vingt cas d'appendicite gangréneuse : le *coli-bacille* rencontré dans tous les cas; 11 fois seul; 9 fois associé avec streptocoque, staphylocoque, ou entérocoque.

« La pratique de l'intradermo-réaction au coli-bacille, dit Bazy le 18 juin 1924, avant toute intervention sur l'appendice, permet de se rendre compte qu'il existe chez les différents sujets des différences profondes dans la résistance organique, que l'examen clinique est impuissant à déceler.

» On peut bien supposer, ajoute-t-il, qu'un malade qui est capable de présenter autour du point où l'on injecte dans la peau une dose connue de bacilles morts une réaction intense caractérisée par une plaque rouge énorme accompagnée parfois de lymphangite tronculaire et d'engorgement ganglionnaire à distance, comme je l'ai quelquefois observé, est susceptible de se mal défendre contre les germes vivants, libérés par une opération, qui, à elle seule, amène un fléchissement notable de la résistance organique. »

Lambret a procédé de façon analogue pour ce qui concerne les interventions de l'estomac.

Il a commencé d'abord par établir quelle était la flore microbienne la plus habituellement répandue dans les infections d'origine gastrique.

Puis, il s'est servi de ces germes pour préparer un réactif à utiliser en intradermo-réaction, et il a pris pour habitude d'opérer de suite les sujets qui présentent des réactions négatives et de vacciner d'abord ceux qui ont réagi positivement. Il a exposé au XXXIII^e Congrès de chirurgie l'influence heureuse que cette pratique avait eue sur ses résultats.

Pour nous résumer, la méthode de Bazy dans l'appendicite va consister à pratiquer chez les malades une intradermo-réaction. Le réactif utilisé à cet effet sera préparé au moyen du coli-bacille trouvé le seul constant dans cette affection, et souvent à l'état isolé. Et dans les cas où la réaction sera

positive, on vaccinera contre le coli-bacille avant de soumettre le malade à l'intervention.

B. — Technique, indications et résultats de l'intradermo-réaction suivie de vaccination anticoli-bacillaire préopératoire.

Le 18 juin 1924, de Nabias présentait à la Société de chirurgie « Trente appendicectomies précédées d'intradermo-réaction et de vaccination anticoli-bacillaire ».

(Rapporteur M. L. Bazy).

C'est à cette communication que nous empruntons la technique employée la plus récente et les résultats obtenus.

Au début de ses recherches, Bazy employait un vaccin sensibilisé suivant la technique de Besredka, à la dose de cent millions par centimètre cube.

Il utilise actuellement un vaccin tué par la chaleur, très facile à préparer, et donnant, dit-il, les mêmes résultats, meilleurs même, car on a intérêt à se servir d'émulsions plus concentrées en diminuant la dose injectée. Ce vaccin est une *émulsion dans l'eau physiologique de coli-bacilles tués par la chaleur à 56° à la dose de cinq milliards par centimètre cube.*

C'est celui que nous avons employé chez nos malades.

De Nabias a également injecté, à titre comparatif, un extrait coli-bacillaire; les résultats qu'il a obtenus ont été superposables en tous points à ceux que lui fournissait l'émulsion microbienne.

Intradermo-réaction. — Quel que soit le produit employé, on en injecte dans la peau deux ou trois dixièmes de centimètre cube. On considère comme réaction négative toute coloration rose pâle de la peau au voisinage de la piqûre, lorsqu'elle n'excède pas les dimensions d'une pièce de cinq francs.

L'intensité de la réaction positive est très variable. La réaction faiblement positive consiste en une plaque rouge vif ne dépassant pas quelques centimètres de diamètre. Il y en a de très fortement positives dans lesquelles la face externe de la

cuisse, où se pratique en général l'intradermo-réaction, est couverte d'un large placard rouge violacé, véritable phénomène d'Arthus. Dans certains cas même, de la zone rouge entourant le lieu de l'injection partent un ou plusieurs cordons de lymphangite tronculaire aboutissant à de gros ganglions, exactement comme on le voit quand on fait des intradermo-réactions à la tuberculine chez les tuberculeux.

On peut aussi observer des phénomènes généraux légers, passagers, et nous avons vu des réactions locales légères consistant en reprise d'une douleur légère, très passagère dans la région de l'appendice.

Ces phénomènes sont dus à un état de sensibilité passagère de l'organisme, car ils peuvent s'atténuer et disparaître, soit spontanément, soit sous l'influence d'une ou plusieurs injections d'émulsion microbienne, véritable vaccination.

On peut même observer, dit L. Bazy, une seule intradermo-réaction positive, les suivantes restant négatives, comme si la première avait désensibilisé l'organisme suivant la technique qu'a préconisée Besredka.

Vaccination. — Si l'intradermo-réaction est positive, on pratique la vaccination préopératoire. On injecte sous la peau l'émulsion microbienne en commençant par une dose faible : 1/4 de centimètre cube par exemple, et le lendemain de la première injection on contrôle par une réaction. Il n'est pas rare qu'elle soit déjà négative; sinon on pratique de nouvelles injections et en général après la troisième ou la quatrième, l'intradermo-réaction se montre négative (Injections faites quotidiennement).

C'est à ce moment qu'on peut considérer le sujet comme désensibilisé et que l'on peut intervenir.

Indications. — Bien entendu, dans les cas aigus, l'intradermo-réaction n'a pas pour but de se substituer aux signes cliniques qui commandent l'opération d'urgence. Si ces signes cliniques existent, ou si l'on est appelé dès le début de la crise, on opère immédiatement sans perdre vingt-quatre heures à pratiquer l'intradermo-réaction.

La méthode est donc indiquée :

1° Dans les appendicites aiguës en voie de refroidissement, où beaucoup de chirurgiens attendent le refroidissement complet. (Ce refroidissement peut être hâté par une vaccination et contrôlé par la réaction.)

2° Dans l'appendicite chronique.

Résultats. — Nous reproduisons les résultats obtenus récemment par de Nabias, portant sur 30 cas méthodiquement classés, et recueillis dans le service de M. Baudet et dans celui de M. Proust :

1° APPENDICITES AIGÜES (*Deux cas*). — Deux cas de crises aiguës avec température aux environs de 40°; facies grippé; vomissements; défense pariétale. Le début remontant à trois jours pleins.

La situation est embarrassante, les signes cliniques ne sont pas suffisamment inquiétants pour légitimer une opération d'urgence. Certains chirurgiens opèrent toujours, quelle que soit l'ancienneté de la crise; d'autres préfèrent attendre le refroidissement parfait.

M. de Nabias pratique l'intradermo-réaction chez les deux malades.

Chez le premier malade, la réaction est *négative*. On intervient huit jours après le début de la crise; les suites opératoires sont normales.

Chez le second malade, la réaction est *positive*. On met en œuvre la bactériothérapie préopératoire et on constate au bout de trois injections vaccinales que la réaction est devenue négative. On intervient alors, douze jours après le début de la crise.

↙ L'opération est banale; les suites sont simples.

2° APPENDICITES AVEC PÉRITONITE PLASTIQUE PÉRIVISCÉRALE (*Deux cas*). — *Premier cas* : Intradermo-réaction *négative*. On intervient; on éprouve de très grosses difficultés. L'appendice est inclus et adhérent dans la paroi cœcale; on est conduit à pratiquer une résection partielle du cœcum. Fermeture sans drainage. Suites absolument simples.

Ainsi, à la suite d'une opération laborieuse, obligeant à des manœuvres compliquées, l'évolution est simple; tandis que l'on voit, en revanche, à la suite d'opérations très simples, des suites dramatiques se produire.

Deuxième cas : Intradermo-réaction *positive*. Au bout d'une seule injection vaccinale, la réaction est devenue négative. On intervient. Ablation très pénible de l'appendice qui doit être sculpté dans la paroi cœcale. Suites très simples.

3° APPENDICITES AIGÜES AVEC PÉRITONITE PLASTIQUE ET ADHÉRENCES PARIÉTO-VISCÉRALES (*Trois cas*). — Intradermo-réaction positive dans les trois cas. Vaccination. L'opération n'est pratiquée que lorsque la réaction est devenue négative. Les trois malades guérissent simplement, bien que dans une des observations on ait trouvé une perforation sur le cœcum et une sur l'iléon, qui toutes deux ont exigé une suture.

4° APPENDICITES SUBAIGÜES (*Dix-neuf cas*). — L'intradermo-réaction a été négative dans six cas et positive dans treize cas. Les résultats de ces cas ne sont pas mentionnés par de Nabias, mais dans les passages qui suivent, il est noté que tous les malades ont guéri.

5° APPENDICITE CHRONIQUE (*Un cas*). — Réaction négative. Opération. Suites simples.

6° APPENDICITE AVEC ÉVENTRATION DE LA LIGNE BLANCHE (*Un cas*). — Réaction positive devenant négative après quatre injections vaccinales. Opération. Les suites sont simples.

7° APPENDICITES AVEC GRANULATIONS SUR LE COECUM ET L'APPENDICE (*Deux cas*). — *Premier cas* : Intradermo-réaction d'abord positive. Huit jours après, elle est devenue négative. A l'opération, on trouve un semis de granulations disséminées sur le cœcum et l'appendice qui, tous deux, sont fusionnés avec l'iléon en une masse inflammatoire. Ablation de l'appendice. Les suites opératoires sont simples.

Deuxième cas : Réaction d'emblée négative. Opération : les lésions sont tellement étendues qu'on ne procède à aucune exérèse.

Tels sont les résultats obtenus sur trente cas. En résumé :

Certains malades dont l'intradermo-réaction était négative ont été opérés et ont guéri;

Les autres malades dont la réaction était positive ont été vaccinés d'abord, opérés ensuite, et ont guéri.

Que serait-il advenu de malades qui, ayant une intradermo-réaction positive, auraient été opérés sans vaccination préalable ? (R. Grégoire, Société de chirurgie, 18 juin 1924).

II

L'INTRADERMO-REACTION (NON SUIVIE DE VACCINATION) DANS SES RAPPORTS AVEC LES SUITES DE L'APPENDICECTOMIE

(35 cas recueillis à l'Hôpital Saint-André).

Ce qui va suivre est une étude complémentaire permettant, semble-t-il, d'apprécier de façon plus exacte la méthode ci-dessus décrite.

Trente-cinq malades ayant subi l'appendicectomie ont été soumis par nous à l'intradermo-réaction au coli-bacille avant l'opération.

Le réactif a été préparé par les soins de M. le docteur Moureau, au laboratoire de médecine expérimentale. Nous le remercions ici bien sincèrement.

Ce réactif est une émulsion dans l'eau physiologique de coli-bacilles, à la dose de cinq milliards par centimètre cube, et tués par la chaleur suivant la technique indiquée plus haut :

(Coli-bacille soigneusement identifié, donnant ses réactions caractéristiques, et rendu auparavant virulent par passages successifs dans le péritoine du cobaye).

La technique de l'injection et l'interprétation du résultat ont été exposées plus haut, nous n'y reviendrons pas.

Nous avons rencontré 34 % de réactions positives (le chiffre de de Nabias était de 63 %).

Nous n'avons trouvé *absolument aucune relation* entre : d'une part, les *résultats de la réaction*, et, d'autre part :

a) Le caractère plus ou moins violent de crises antérieures présentées par les malades;

b) Les lésions trouvées à l'opération.

Tels sujets ont présenté des réactions fortement positives avec des lésions minimales et de simples « crissettes » dans les antécédents.

D'autres, au contraire, en période aiguë, ou porteurs de grosses lésions, ont réagi de façon négative.

Nous passons rapidement sur ces faits, car là n'est pas l'intérêt de la question.

Voyons les suites opératoires dans les différents cas, que nous classons pour plus de clarté :

1° APPENDICITES AIGÜES (*Deux cas*, Obs. XX et XXIV). — Dans les deux cas l'intradermo-réaction est *négative*.

Le premier malade est opéré le douzième jour après le début de sa crise, le second malade le onzième jour.

Dans les deux cas, l'opération est longue et difficile; on fait cependant l'appendicectomie.

Dans le second cas, on trouve une perforation du cœcum qu'on suture, et l'on met une mèche qui est enlevée le cinquième jour.

Dans les deux cas, la guérison survient sans incidents.

2° APPENDICITES SUBAIGÜES SANS ADHÉRENCES (*Deux cas*, Obs. I et IX). — Dans l'observation I la réaction est *négative*. On opère : on trouve des granulations disséminées sur l'iléon, le cœcum, l'appendice, la trompe droite. Il n'y a pas d'ascite.

On pratique l'oosalpingectomie droite.

L'appendicectomie est facile. Les suites sont *simples*.

Dans l'observation IX la réaction est *négative*. On fait une laparotomie médiane pour agir sur une rétroflexion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds.

L'appendice est libre, manifestement malade. L'appendicectomie est *facile*. Les suites sont *simples*.

3° APPENDICITE SUBAIGÜE AVEC PÉRITONITE PLASTIQUE PÉRIVISCÉRALE (*Quatre cas*, Obs. II, VII, XII, XV). — Dans l'observation XII la réaction est *positive*. On opère et l'on trouve une

petite perforation sur le cœcum; on la suture. L'appendicectomie est difficile. Consécutivement, la malade fait un abcès pariétal qui nécessite la désunion. La guérison est retardée.

Dans les trois autres cas, la réaction est *négative*. L'appendice est rétrocœcal, adhérent au cœcum (long appendice dans un cas). Ces appendicectomies sont difficiles, longues parfois.

Dans les trois cas, les suites sont *simples*.

4° APPENDICITE SUBAIGUË AVEC ADHÉRENCES PARIÉTO-VISCÉRALES (*Deux cas*, Obs. XXI et XXXI). — Dans le premier cas la réaction est *positive faible* avec réaction focale légère.

A l'opération on trouve un appendice très malade, énorme, plein de liquide, adhérent. L'appendicectomie est délicate, mais se passe sans incidents. Les suites sont *simples*.

Dans le deuxième cas, la réaction est *positive*. A l'opération on trouve un appendice libre. L'appendicectomie est facile. Les suites sont *simples*.

5° APPENDICITES CHRONIQUES AVEC ADHÉRENCES (*Dix cas*, Obs. IV, V, VIII, XI, XIII, XIV, XXV, XXVII, XXVIII, XXX). — La réaction est *positive* dans les quatre cas suivants : IV, XI, XIV et XXX.

Dans l'observation IV, l'appendice est collé, rétrocœcal, il y a une membrane de Jackson. L'appendicectomie est délicate, les suites sont *simples*.

Dans l'observation XI, l'appendicectomie est facile. Le malade fait une *phlébite du membre inférieur droit*, qui se termine par la guérison.

Dans l'observation XIV l'appendice est rétrocœcal, adhérent, en hameçon. L'appendicectomie est *délicate*.

Le cinquième jour, la température monte à 39° sans signes pulmonaires, le toucher rectal montre un empâtement à droite. On applique la glace pendant quatre jours. La guérison survient.

Dans l'observation XXX, il y a des adhérences pariéto-viscérales, l'appendice est gros et malade, l'appendicectomie est délicate, les suites sont *simples*.

Dans les autres cas, la réaction se montre *négative*

Deux fois l'appendicectomie est facile.

Trois fois elle est délicate, une fois elle est longue et difficile et s'accompagne de cololyse et de typholyse.

Dans tous ces cas les suites sont *simples*.

6° APPENDICITES CHRONIQUES SANS ADHÉRENCES (*Douze cas*, Obs. III, VI, XVII, XVIII, XXII, XXIII, XXVI, XXIX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV). — La réaction est positive dans cinq cas, négative dans les sept autres cas.

Pour tous ces malades, l'appendicectomie est facile, rapidement exécutée.

Les suites sont *simples* pour tous ces cas sauf un : celui de l'observation XXXV. La réaction a été *positive*. On opère, l'appendicectomie est rapide et simple. En deux jours, du troisième au cinquième jour, la température monte à 40,2. Le sixième jour le malade meurt. L'autopsie n'a pu être faite. L'hémoculture pratiquée le cinquième jour s'est montrée négative. Ce malade est mort probablement de toxémie massive peut-être d'origine péritonéale.

7° APPENDICITES CHRONIQUES D'EMBLÉE (*Deux cas*, Obs. XVI et XIX). — Chez ces deux malades, la réaction est *négative*. A l'opération on trouve l'appendice libre. L'appendicectomie est facile; les suites opératoires absolument *simples*.

8° APPENDICITE CHRONIQUE AVEC STASE COECO-ASCENDANTE ET ACCOLEMENT EN CANON DE FUSIL (*Un cas*, Obs. X). — L'intradermo-réaction est *négative*. L'opération est longue, difficile, et nécessite des manœuvres compliquées : Libération des dernières anses grêles fusionnées entre elles. Il y a accolement en canon de fusil du côlon ascendant et du transverse; le cœcum est très malade ainsi que l'appendice.

On pratique l'hémi-colectomie avec suture termino-latérale.

Les suites sont très *simples*.

Par conséquent, il paraît exister une relation entre les résultats de l'intradermo-réaction et les suites opératoires.

Dans tous les cas où la réaction a été négative, quelles qu'aient été les difficultés opératoires, l'état du malade et les lésions, les suites opératoires ont été absolument simples.

Dans les douze cas où la réaction a été positive, nombreux il est vrai ont été les cas avec suites opératoires simples, mais par *trois fois* nous avons observé des complications :

Phlébite dans un cas (où l'opération avait été simple et rapide, chez un sujet jeune, en bon état général apparent);

Phénomènes généraux assez inquiétants dans un autre cas, s'accompagnant d'empâtement pelvien;

Enfin un cas de mort rapide succédant à des accidents absolument dramatiques après une appendicectomie dont les suites paraissaient devoir être normales.

Pour nous *résumer* :

Les 30 cas de de Nabias, traités selon la méthode de M. Bazy et présentés à la Société de chirurgie le 18 juin 1924, ont tous eu des suites simples.

Parmi les 35 cas observés par nous, non vaccinés malgré réaction positive, nous avons eu trois cas compliqués (dont l'un mortel); l'opération avait été simple et rapide dans 2 de ces cas.

Dans ces 3 cas, l'intradermo-réaction s'était montrée *positive*.

III

OBSERVATIONS

Trente-cinq observations d'appendicectomies précédées d'intradermo-réaction (Hopital Saint-André)

OBSERVATION I.

Marie N..., 34 ans, cultivatrice. Entrée le 8 décembre 1924 dans le service de M. le docteur Loubat (salle 10, lit 20), pour métrorragies et douleurs dans la partie droite de l'abdomen.

Elle fait remonter le début de sa maladie au mois de mars 1923. A cette date, après une grossesse qui s'était bien passée, elle accouche normalement d'un enfant bien portant. Les suites de couches sont normales, les règles reparaissent trois semaines après. Elles sont désormais normales comme apparition, durée, quantité, aspect, mais occasionnent des douleurs qui obligent la malade à s'aliter.

En juin 1924, apparition brusque d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite, qui se généralise vite à toute la partie droite de l'abdomen, mais reste plus intense dans la région appendiculaire. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Il y a de la diarrhée.

Le traitement appliqué consiste en : repos au lit, diète, application de cataplasmes.

Rapidement les phénomènes douloureux disparaissent (au bout de sept jours); mais la reprise des occupations reste impossible, tout effort ou toute fatigue réveillant la douleur.

Le 9 août 1924, après un retard de règles de cinq semaines, surviennent des métrorragies abondantes (12 serviettes certains jours), mélangées de caillots au début. En même temps, les douleurs augmentent dans le bas-ventre, du côté droit, et irradient dans les lombes. Ces métrorragies durent jusqu'à la fin de septembre 1924. A partir de cette époque, la malade perd du sang par intermittence (par exemple pendant sept jours, puis arrêt de trois jours), elle ne reconnaît plus ses règles.

Pendant tout ce temps, au niveau du point de Mac Burney, les douleurs sont à peu près constantes, et la malade, fatiguée, anémiée, garde le lit par périodes.

Elle entre à l'hôpital le 8 décembre 1924, sur les conseils de son médecin.

Depuis son entrée, la température s'est maintenue dans les environs de la normale avec cependant une fièvre légère, irrégulière, le soir. Le pouls est resté normal. Maintenu au repos absolu, elle n'a pas présenté de crise douloureuse abdominale et a eu seulement quelques pertes sanguines.

Les antécédents ne révèlent rien de bien spécial. A noter une typhoïde à 15 ans et une congestion pulmonaire. Jamais d'ictère. Pas de constipation.

L'examen montre une malade fatiguée, anémiée.

La palpation abdominale révèle une douleur intense au point de Mac Burney, il y a de la défense musculaire à ce niveau. Il n'y a pas de plastron.

Les zones annexielles sont légèrement douloureuses au palper.

Le toucher vaginal montre un utérus rétrofléchi, réductible. Les culs-de-sac sont libres; les culs-de-sac latéraux légèrement douloureux.

L'examen des différents appareils reste négatif.

Intradermo-réaction le 3 janvier 1925 : *Négative*.

Opération le 8 janvier 1925. Dès l'ouverture du ventre on remarque quelques granulations iléo-appendiculaires. Il n'y a pas d'épaississement du grand épiploon. Pas d'ascite.

Lésions de tuberculose annexielle, confirmées par l'examen histologique. Ovaire droit augmenté de volume.

Appendicectomie facile.

Oosalpingectomie droite.

Suites opératoires : très simples; guérison sans incidents.

Exit le seizième jour.

OBSERVATION II.

France S..., 22 ans, Entre le 5 janvier 1925 dans le service de M. le docteur Rabère pour douleurs abdominales.

Elle n'a eu qu'une seule crise.

Cette crise débute dans la nuit du 30 au 31 décembre 1924, par une douleur brusque et d'intensité moyenne dans la région appendiculaire, elle va en croissant jusqu'au lendemain. Accalmie le 31; puis la douleur reprend, augmente dans les deux jours qui suivent et reste stationnaire jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Traitement depuis le début de la crise : repos au lit, diète hydrique.

Il y a eu trois vomissements : le premier, alimentaire, dans la nuit du début de la crise; les deux autres, muqueux et bilieux, deux jours après. Il y a eu une selle le 31 décembre, plus depuis. Pas d'arrêt des gaz. La température n'a pas été prise.

Examinée le 6 janvier, la malade ne montre pas un facies bien altéré. La douleur spontanée est assez légère.

La palpation de l'abdomen indique une contracture très légère de la paroi, localisée à droite. La palpation profonde de la région appendiculaire provoque une douleur nette, mais on ne sent aucune tuméfaction, il n'y a pas de plastron.

La percussion est négative.

L'examen de l'appareil génital ne montre rien d'anormal; l'épreuve des trois points est nettement positive en faveur de l'appendicite. Les règles sont quelque peu irrégulières, il y a quelques pertes blanches.

La température oscille entre 37°8 et 37°3.

L'examen des autres appareils reste négatif.

A noter dans les *antécédents*, un ictère à 12 ans, ayant duré trois semaines, de la constipation habituelle (selles tous les trois jours). Jamais de crises douloureuses abdominales.

Diagnostic porté : *Appendicite*.

Le 6 janvier 1925 : *Intradermo-réaction* : *Négative*.

Opération le 10 janvier 1925 : Appendice long, adhérent, rétro-cœcal. Section première et libération de la base vers la pointe (appendicectomie difficile).

Suites : simples, sans incidents, gaz rendus le deuxième jour; un vomissement au réveil; la température est à la normale au bout de trois jours et s'y maintient jusqu'à la guérison.

Exeat le 31 janvier 1925.

OBSERVATION III.

Marcelle J..., 27 ans. Commise pâtissière, entrée le 22 janvier 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 9, lit 22), pour douleurs dans la partie droite de l'abdomen, qui la surprennent dans son travail et la gênent considérablement, avec amaigrissement, et perte de forces.

Le début de l'affection remonte à 1920, où elle eut une crise qui dura huit jours. La douleur, bien localisée dans la zone appendiculaire, fut légère. Il n'y eut ni fièvre, ni nausées, ni vomissements, ni constipation marquée.

Depuis cette date, elle a ressenti une douleur sourde à peu près constante à ce niveau, augmentant sous l'influence de l'effort et de la fatigue et diminuant et disparaissant le plus souvent la nuit et sous l'influence du repos. Il n'y a pas eu de crise à proprement parler. Il y a eu depuis ce temps toujours une constipation légère, et il faut noter depuis un an une diminution de l'appétit, un peu d'amaigrissement et une sensation de lassitude.

Les antécédents ne montrent rien de spécial. A retenir seulement que les règles ont toujours été douloureuses avec irradiations aux lombes.

A l'*examen*, c'est une malade qui a bon aspect.

Les signes fonctionnels qu'elle accuse sont une diminution de l'appétit, des nausées par intermittence et cette douleur sourde au point de Mac Burney, qui se montre parfois spontanément malgré le repos au lit. Pas de constipation.

Au niveau de l'abdomen, on note une douleur modérée à la pression bien localisée au niveau de l'appendice. Les zones annexielles ne sont pas douloureuses.

L'examen de l'appareil génital montre une rétroflexion facile à réduire, pas d'annexes perceptibles ni douloureuses.

Au niveau des autres appareils : rien à signaler.

On porte le diagnostic de : *Rétroflexion utérine avec appendicite chronique.*

Intradermo-réaction le 21 janvier 1925 : *Positive* faible. Tache rouge de la dimension d'une pièce de 2 francs; sans phénomènes généraux; sans adénopathie.

Opération le 29 janvier 1925 : Sous anesthésie à l'éther on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est rétrofléchi, il y a du varicocèle tubo-ovarien surtout à droite. L'ovaire droit est sclérokystique.

On pratique l'oosalpingectomie droite et le raccourcissement des ligaments ronds par la méthode de Baldy-Dartigues.

L'appendice est libre, de longueur normale, un peu renflé en masse, rouge et turgescent à son extrémité.

Appendicectomy facile.

Suites opératoires : simples; guérison sans incidents.

Plusieurs vomissements au réveil. La température et le pouls reviennent à la normale (trois jours). Les gaz sont rendus le deuxième jour.

Quitte l'hôpital ne souffrant plus.

OBSERVATION IV.

Jean B..., 27 ans, cultivateur. Entré le 6 février 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 18, lit 13); envoyé par son médecin traitant avec le diagnostic d'appendicite.

Le malade fait remonter le début de sa maladie au 25 décembre 1923 (il n'avait jamais souffert du ventre antérieurement). Il eut à cette date une crise qui dura deux jours. Elle débuta par une douleur modérée dans la fosse iliaque droite, s'installant progressivement. Il voit son médecin qui lui applique le traitement habituel.

Il n'y a pas de vomissements, pas de nausées; une constipation marquée puisque le malade reste six jours sans aller à selle. Les gaz ne sont pas arrêtés. Nous n'avons aucun renseignement sur la température qu'il présentait à ce moment.

Les douleurs cessent au bout de deux jours. Le malade se lève le troisième jour et reprend son travail le neuvième jour.

Depuis ce moment, le malade a eu de petites crises avec douleurs aussi intenses que la première fois apparaissant par intervalles de deux ou trois jours (une dizaine depuis la première de décembre 1923), et durant quinze à vingt minutes.

Dans l'intervalle, aucune douleur, constipation habituelle (deux à trois jours sans aller à selle).

Dans les antécédents, on ne note rien de particulier. Jamais d'ictère.

Entré le 6 février 1925 à l'hôpital.

L'état général du malade est bon; il a maigri, dit-il. L'examen de l'abdomen ne révèle absolument rien. La palpation profonde de la fosse iliaque droite n'éveille aucune douleur.

Le toucher rectal est négatif.

Au niveau des autres appareils : rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 7 février 1925 : *Positive*. Rougeur foncée dépassant les dimensions d'une pièce de 5 francs; ganglions inguinaux douloureux. Pas de fièvre.

Opération le 12 février 1925 : Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. Une fois le péritoine incisé, on découvre que le cœcum est placé derrière une membrane de Jackson, partant de la fosse iliaque droite et rejoignant l'iléon très grêle. Ce repli cache entièrement le cœcum. On recherche l'appendice que l'on trouve à la face postérieure du cœcum et adhérent à lui.

Pincement et section de la base. Libération de la base à la pointe.

L'appendice est très turgescent, congestionné. Sa section longitudinale montre la présence de pus dans son intérieur.

La membrane de Jackson n'est pas réséquée.

Suites opératoires : Extrêmement simples. Pas de vomissements. La température maxima après l'opération est de 37°9. Elle redescend

cend à la normale au bout de deux jours et s'y maintient jusqu'à guérison.

Les gaz sont rendus le deuxième jour.

Réunion *per primam*. Le malade sort de l'hôpital; ventre souple, non douloureux.

OBSERVATION V.

Roger C..., 19 ans, employé au lycée. Entré le 19 janvier 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 18, lit 30), pour appendicite chronique.

Le malade a eu en tout trois crises bien nettes.

La première crise a débuté le 15 janvier 1924 dans l'après-midi par une douleur subite, en coup de poignard, au niveau de la région appendiculaire; assez vive. Au bout de trois heures, elle disparaît à peu près complètement. La nuit suivante est bonne. Le lendemain le malade ressent encore quelques « picotements », dit-il, et tout rentre dans l'ordre. Il n'y a eu ni vomissements, ni nausées, ni fièvre. Pas d'arrêt des matières et des gaz.

La deuxième crise débute le 15 mai 1924 par une douleur survenant brusquement comme la première fois; elle dure 24 heures. Il n'y a pas de vomissements, pas de nausées. Le malade garde le lit un jour, reste à la diète ce jour-là, et reprend ses occupations le lendemain. A noter une constipation assez marquée se prolongeant plusieurs jours.

La troisième crise débute la nuit à 1 heure du matin le 19 novembre 1924. Apparition brusque de la douleur au niveau du point de Mac Burney, douleur extrêmement vive, obligeant le malade à se courber en deux.

Un vomissement alimentaire, suivi le lendemain de plusieurs vomissements muqueux et bilieux. Le malade entre à l'hôpital le 20 novembre 1924, le soir, en pleine crise par conséquent. Traitement appliqué : repos, diète, glace sur le ventre.

Les douleurs se calment au bout de trois jours. Il y a arrêt des gaz la première journée; ballonnement assez marqué. La constipation est opiniâtre. Le malade ne va à selle que le dix-septième jour. Il n'a pas eu de vomissements à l'hôpital.

Au bout de vingt-cinq jours, la crise passée, on donne rendez-vous au malade pour le début de janvier. Jusque-là il devra rester au repos absolu et suivre un régime sévère.

Entre ces trois crises, cet homme était bien portant, il ne souffrait pas; ressentait à peine quelques picotements, rares et intermittents. Il n'était pas constipé. Dans ses antécédents, rien à signaler.

Il rentre à l'hôpital le 19 janvier 1925 pour y être opéré à froid. Son état est bon. L'examen de l'abdomen montre une région appendiculaire absolument souple, et une douleur légère provoquée par la palpation profonde à ce niveau.

Toucher rectal *négatif*.

Examen des autres appareils : *Négatif*.

Diagnostic porté : appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 21 janvier 1925 : *Négative*.

Opération le 26 janvier 1925 : Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. L'appendice est rétrocoecal, collé au cœcum. Section première. Libération de la base vers la pointe (*facile*).

L'appendice est long, légèrement congestionné et renflé à son extrémité. Sa section longitudinale montre une hypertrophie de la couche lymphoïde.

Suites opératoires : très simples.

Rend des gaz le jour même. Température et pouls normaux au bout de deux jours. Reprise de l'alimentation le huitième jour. Cicatrisation *per primam*.

Ventre souple, non douloureux au moment de l'exeat.

OBSERVATION VI.

Marcelle L., 26 ans, jardinière. Entre le 4 février 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 9, lit 5), pour appendicite.

Elle a présenté trois crises nettes. Sa première crise a débuté dans les conditions suivantes (antérieurement, elle n'avait jamais souffert du ventre) :

Le 5 février 1924, elle accouche d'un fœtus mort, à neuf mois. Les

suites de couches sont normales jusqu'au quatorzième jour. La malade se lève puis présente une phlébite du membre inférieur droit. Vers le 15 mars : phlébite double. En même temps apparition de douleurs dans la région appendiculaire, douleurs s'installant progressivement et arrivant à être intenses.

Durée de cette crise : quatre jours. Il y a eu des nausées, mais pas de vomissements. Fièvre élevée. Selles quotidiennes grâce à des lavements.

La malade se lève le 12 juillet, guérie de ses phlébites.

La deuxième crise se montre fin octobre 1924. Les douleurs sont apparues comme au cours de la crise précédente, ont même siège et même intensité, mais ne durent que quelques heures. Il y a des nausées; pas de vomissements; pas de fièvre; la malade ne s'alite pas.

La troisième crise débute le 4 janvier 1925. Ressemble à la précédente, mais la douleur est moins intense et diffuse rapidement à tout l'abdomen.

Durée de la crise : 24 heures.

Dans l'intervalle des crises, il y a de la faiblesse, pas d'amaigrissement.

Constipation assez marquée (trois jours sans selles), des picotements intermittents au point de Mac Burney.

Les antécédents ne révèlent rien de particulier. Les règles sont normales comme apparition, quantité, aspect. Elles sont douloureuses. Entre les règles, quelques pertes blanches.

Entre à l'hôpital le 4 février 1925.

L'*examen* de l'abdomen montre seulement une douleur légère à la palpation profonde de la région appendiculaire. Aucune tuméfaction.

Le toucher vaginal montre un utérus antéfléchi, petit, mobile; des annexes droites perceptibles et un peu douloureuses.

L'épreuve des trois points est positive en faveur de l'appendicite. Toucher rectal : rien.

Examen des autres appareils : *négatif*.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 7 février 1925 : *Négative*. Zone rosée de la dimension d'une pièce de deux francs.

Opération le 11 février 1923 : Sous anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. On extériorise facilement le cœcum. L'appendice est libre, de longueur normale, de calibre normal et régulier.

L'appendicectomie est facile, on enfouit en bourse et l'on referme sans drainage. L'appendice fendu en long ne contient pas de liquide, mais présente des lésions de folliculite hémorragique.

Suites opératoires : très simples.

Vomissements au réveil. La température ne dépasse pas 37°8, le pouls 100.

Température et pouls sont à la normale le cinquième jour. Le sixième et le septième jour : 36°8 le soir; puis revient définitivement à la normale. La guérison s'obtient sans incidents.

OBSERVATION VII.

Joseph D..., 32 ans, manoeuvre. Entré le 18 février 1923 dans le service de M. le docteur Charrier (salle 11 bis, lit 25), pour appendicite.

Le malade a présenté quatre crises. La première crise, apparue en juin 1921, dure trois jours. Elle débute par une douleur subite, modérée, dans la partie droite de l'abdomen. Le malade a trois ou quatre vomissements, le premier alimentaire le premier jour, les autres muqueux le lendemain. Il y a de l'arrêt des matières; les gaz sont rendus, le ventre est un peu ballonné. Pas de fièvre. Le malade reste au repos et à la diète.

Rapidement les choses rentrent dans l'ordre.

La deuxième crise se montre en février 1922. La douleur a même siège, même intensité que la première fois; il n'y a pas de vomissements. Cela dure une demi-journée. Le malade n'a pas interrompu son travail.

Troisième crise en février 1924.

Les phénomènes douloureux sont calqués sur ceux des crises précédentes. Il y a des nausées, pas de vomissements.

Constipation. Pas de fièvre.

Durée de la crise : deux jours.

Enfin, le 31 janvier 1925, apparaît la quatrième crise plus forte

et plus longue que les précédentes. La douleur est plus intense, siège au point de Mac Burney. Il y a des vomissements. Pas de selles durant toute la crise. Fièvre légère. La douleur s'atténue peu à peu et au bout de six jours, pendant lesquels le malade a gardé le repos, la diète, la glace sur le ventre, le malade est sur pied.

Entre les crises, aucune douleur, état satisfaisant, pas de constipation.

Dans les antécédents : rien à signaler.

Le malade entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin le 18 février 1925.

Examen : Homme très robuste, très bonne santé habituelle.

A l'examen complet de ce malade on ne trouve qu'une douleur modérée, réveillée par la palpation profonde au point de Mac Burney.

Le toucher rectal est négatif.

Intradermo-réaction le 18 février 1925 : *Négative*.

Opération le 21 février 1925 : Appendice noyé dans les adhérences. Appendicectomie difficile.

Suites opératoires : très simples. Guérison sans incidents locaux ou généraux.

OBSERVATION VIII.

Marie-Louise D..., sans profession, entre le 3 février 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 9, lit 11), pour : « douleurs abdominales ».

La malade a présenté deux crises nettes. La première crise débute en mars 1924 par de la céphalée, de la lassitude et une douleur au niveau de la région appendiculaire (antérieurement n'a jamais souffert de l'abdomen).

Cette douleur apparaît progressivement et n'est pas très vive. Il n'y a pas de vomissements, pas de nausées, pas de ballonnements du ventre. La fièvre est légère, les gaz sont rendus, il y a arrêt des matières. Le traitement institué consiste en : repos au lit, diète hydrique et application locale de compresses chaudes. La douleur décroît peu à peu et au bout de quatre jours la malade se lève, tout est rentré dans l'ordre.

Après quelques jours de repos elle reprend ses occupations et reste environ sept mois sans souffrir.

Mais en novembre 1924, elle est prise brusquement d'une douleur très vive au point de Mac Burney, douleur en coup de poignard, qui, au bout de quelques heures, se généralise à tout l'abdomen. Il n'y a pas de vomissement, seulement quelques nausées, pas de ballonnement. La fièvre est légère les premiers jours, la constipation très marquée pendant toute la crise; les gaz sont rendus.

Le traitement consiste en : repos au lit, diète hydrique les premiers jours, glace. Au bout de dix-huit jours la malade est sur pied.

Depuis cette crise la douleur appendiculaire n'a pas reparu; les selles ont été régulières et normales d'aspect.

Dans les *antécédents* on ne note pas de constipation. Depuis plusieurs années, la malade éprouve dans le bas-ventre et les lombes des douleurs au moment des règles.

Elle entre à l'hôpital le 3 février 1925.

A l'*examen* on trouve une paroi abdominale souple, mais la palpation éveille une douleur nette au point de Mac Burney. La percussion ne montre rien d'anormal.

Le toucher vaginal montre une rétroflexion mobile et parfaitement réductible; les annexes paraissent saines.

L'épreuve des trois points est positive en faveur du point appendiculaire.

Toucher rectal négatif.

Les autres appareils paraissent normaux.

Intradermo-réaction pratiquée le 4 février 1925 : *Négative*.

Opération le 5 février 1925. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On remet l'utérus en bonne position et on l'y maintient par le procédé de Baldy-Dartigues.

On se porte au niveau de l'appendice. Le cœcum vient bien, mais l'appendice lui est adhérent sur sa face postérieure.

Appendicectomie par section première et libération de la base vers la pointe.

Enfouissement en surjet.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Simples.

La température après l'opération ne dépasse pas 37°6. Le pouls 96.
Retour à la normale le quatrième jour.

La malade est réglée le troisième jour.

La guérison s'obtient sans incidents.

Cicatrisation *per primam*.

Exeat le 29 février 1925.

OBSERVATION IX.

Yvonne S., 21 ans, domestique. Entre le 16 février 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 9, lit 20), pour appendicite.

Deux crises dans l'histoire de cette malade : la première crise en février 1924; elle débute au milieu de la journée par une douleur subite et assez vive dans la région appendiculaire. La malade suspend son travail mais ne s'alite pas.

Un vomissement alimentaire le premier jour. La fièvre est modérée. La constipation absolue pendant toute la crise qui dure quatre jours.

Traitement suivi : diète, compresses chaudes, pas de repos au lit.

Entre les deux crises, la douleur est constante, toujours au même point, surtout marquée le soir. Au moment des règles, douleurs dans le bas-ventre.

La constipation est marquée (trois à quatre jours sans selles). Il y a de la lassitude, de l'inaptitude au travail.

Le 10 février 1925, la malade est prise soudainement d'une douleur extrêmement vive au même endroit que la première fois, elle s'étend vite à tout l'abdomen et commence à décroître le lendemain, pour durer huit jours.

Il y a un peu de fièvre, pas de vomissements, pas de selles, les gaz sont rendus.

Le 16 février, au sixième jour de sa crise, la malade entre à l'hôpital.

Dans ses antécédents; rien à retenir.

L'examen révèle une douleur vive, s'accompagnant de défense au point de Mac Burney. Il n'y a pas de tuméfaction, pas de plastron.

Toucher vaginal : Utérus petit, mobile, rétrofléchi. Les annexes paraissent saines.

Epreuve des trois points positive en faveur de l'appendicite.

Toucher rectal : *négatif*.

Intradermo-réaction le 18 février 1925 : *Négative*.

Opération le 23 février 1925. Laparotomie médiane. Raccourcissement des ligaments ronds. Appendicectomie facile. L'appendice est long, renflé à son extrémité, congestionné, manifestement malade. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : très simples. Gaz rendus le lendemain. Pas de vomissements. La température est à la normale au bout de trois jours et s'y maintient définitivement.

La guérison s'obtient sans incidents.

OBSERVATION X.

Odette R..., 28 ans. Entre le 23 février 1925 dans le service de M. le docteur Lefèvre (salle 1, lit 22), pour des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, survenant assez fréquemment depuis dix ans et laissant, entre elles, le ventre douloureux.

La première crise date de 1915. La malade avait alors 18 ans.

Début brusque dans l'après-midi par des coliques diffuses dans tout l'abdomen (Sensation de torsion de toutes les anses intestinales). Très rapidement, en quelques heures, ces douleurs se localisent à la région iléo-cœcale.

L'état général est très atteint, la température est à 40°, il y a du délire.

Vomissement alimentaire abondant, puis vomissements muqueux et bilieux. L'arrêt des matières est absolu pendant plusieurs jours. L'abdomen est distendu.

Traitement suivi : repos au lit, diète, glace. Vers le quinzième jour, sensation de tiraillement très douloureux, débâcle diarrhéique et les symptômes disparaissent rapidement.

Deux mois après : phénomènes d'entérite mucomembraneuse avec diarrhée, glaires. Pas de sang.

Depuis 1915, on enregistre une dizaine de crises, calquées sur la première, mais de durée moindre, certaines s'accompagnant cependant de douleurs plus intenses. Constipation marquée (parfois huit jours sans selles).

Dans l'intervalle de ces crises, douleur peu marquée, mais à peu près constante dans la région cœcale; et par intermittence, de petites crises avec état nauséux, et parfois vomissements, mais sans fièvre.

La dernière crise date de fin décembre 1924, ressemblant à la première; marquée par une constipation absolue suivie de débâcle diarrhéique.

La malade entre à l'hôpital le 23 février 1925.

L'état général est atteint, il y a de l'amaigrissement.

Dans les antécédents : aucun phénomène abdominal avant 1915. Rien à signaler au point de vue bacillaire ou spécifique.

L'examen montre un abdomen contracté difficile à examiner. La région colique droite est très douloureuse sous le rebord costal. Pas de tuméfaction le long du cœco-ascendant. Pas de plastron. Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Au point de vue génital : Rien à signaler.

Toucher rectal : négatif. Autres appareils normaux.

Examen radioscopique : Colon ascendant fixé. Coudure en M au niveau de l'angle colique droit.

Diagnostic : Appendicite chronique et stase cœco-ascendante par accolement en canon de fusil.

Intradermo-réaction le 26 février 1925 : *Négative*.

Opération le 7 mars 1925. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. Toutes les anses grêles de la dernière portion de l'iléon sont fusionnées entre elles. On les libère au bistouri. Une bride part de la dernière anse jéjunale et va se fixer sur le péritoine des vaisseaux iliaques en coudant cette anse.

Accolement en canon de fusil de la première portion du transverse et du côlon ascendant. Brides entre les deux portions du transverse coudé. Brides le fixant à la face droite du mésentère. Membrane de Jackson allant du péritoine au cœco-ascendant et le bridant. Cœcum très dilaté, rouge, enflammé; gros ganglions dans le méso. L'appendice, rétrocœcal, est malade.

On pratique l'hémicolectomie droite avec suture termino-latérale. Ovaire et trompe droits atteints d'annexite chronique. On n'y touche pas.

Suites opératoires : simples. Température et pouls à la normale le troisième jour. Gaz rendus le deuxième jour. Guérison sans incidents.

Exeat le 28 mars 1925. La malade est très améliorée. L'état général est bon. L'appétit est revenu, les repas ne sont pas suivis de douleurs. Pas de constipation. Une crise de diarrhée qui a suivi l'intervention s'est atténuée.

Examen histologique de l'appendice : lésions d'appendicite chronique. Réaction folliculaire intense. Parois du cœcum : normales.

OBSERVATION XI.

Jean B..., 18 ans, limeur. Entre le 28 février 1925 dans le service de M. le professeur Chavannaz (salle 18, lit 30), pour : « Douleurs dans la fosse iliaque droite ».

Le malade a eu deux crises. La première crise, qui débute le 7 décembre 1920, dure *deux mois*. Début le matin au lever par des douleurs généralisées à tout l'abdomen, qui, rapidement, se localisent à la fosse iliaque droite, pour y siéger jusqu'à la fin de la crise. C'est une douleur vive, obligeant le malade à se plier en deux et à cesser tout travail. Il se met au lit. Pas de vomissements. Pas de nausées. Pas de ballonnement. Fièvre élevée. Constipation (huit jours sans selles).

Traitement : repos au lit, diète, glace.

La douleur diminue insensiblement et a disparu complètement au bout de quarante jours (Glace pendant quarante jours).

Lever au bout de deux mois.

Le malade à ce moment ne souffre plus du ventre; suit un régime pendant quelque temps. Appétit bon. Reprise de la vie normale un mois après.

Dans l'intervalle des deux crises, pendant cinq ans : aucune douleur, pas de constipation; santé excellente.

Deuxième crise, dure quinze jours, moins forte que la première.

Début le 1^{er} décembre 1924 par de la diarrhée quelques jours avant la douleur. Douleur brusque, la nuit, dans la fosse iliaque droite.

Pendant les deux ou trois premiers jours; vomissements alimentaires, puis bilieux. Pas de fièvre. Pas de ballonnement. Reste dix jours sans aller à la selle. Glace pendant dix jours. La crise se termine vers le 15 décembre 1924.

Depuis ce moment tout est rentré dans l'ordre. Pas de douleurs. Régime.

Examiné à son entrée à l'hôpital, on constate un bon état général. Les signes sont absolument négatifs, aucune douleur à la palpation abdominale et en particulier au point de Mac Burney.

Toucher rectal : Négatif.

Rien aux autres appareils.

Dans les *antécédents* : quelques bronchites, pas de pleurésie.

Intradermo-réaction le 3 mars 1925. *Faible réaction* locale (excède pièce de deux francs), mais *réaction générale* avec fièvre à 38° pendant deux ou trois jours. Pas de douleur appendiculaire. Donc : *Positive*.

Opération le 11 mars 1925. Ether. Incision de Jalaguier. Le côlon transverse descend au niveau du cœcum. L'appendice est rétro-cœcal. Nombreuses adhérences postérieures. Appendicectomie par section première et libération de la base vers la pointe.

Appendice long, peu volumineux, rouge.

Suites opératoires : Fièvre au bout de trois ou quatre jours (le malade a 37°8 le soir), puis redescend à la normale le douzième jour.

Le dix-neuvième jour : la température remonte à 38°; le pouls est à 112, sans aucun symptôme abdominal; le toucher rectal, négatif, et bon aspect de la plaie opératoire.

Le lendemain le membre inférieur droit est douloureux et un peu volumineux. L'œdème augmente rapidement. On diagnostique une phlébite.

Le malade est immobilisé soigneusement.

La guérison se poursuit sans nouvel incident et permet le lever le 40 mai.

OBSERVATION XII.

Andrée D..., 21 ans, femme de chambre. Entre le 26 février 1923, salle 2 bis, dans le service de M. le docteur Charrier, pour : « Points douloureux dans la fosse iliaque droite, avec vomissements ».

Une seule crise, antérieurement à laquelle elle n'a jamais souffert du ventre.

Début le 15 février 1923, le matin, après le petit déjeuner, par des nausées et une douleur vive à siège épigastrique. Cette douleur est calmée par un vomissement qui suit.

Il y a eu un peu de fièvre, pas de ballonnement, pas d'arrêt des matières et des gaz. La crise a duré deux jours.

Rien à signaler dans les antécédents.

Jamais de constipation.

L'examen montre une défense musculaire à droite. Partout ailleurs le ventre est souple. Il y a un point douloureux très net à la pression de la région appendiculaire. Douleur légère dans la région épigastrique.

Autres appareils : Rien.

Intradermo-réaction le 3 mars 1923 : *Positive*.

Opération le 7 mars 1923. A l'ouverture du ventre, on note un état scléro-lipomateux du cœcum sur la face externe duquel se trouve une petite perforation qui est suturée par un plan au fil de lin.

Appendicectomie. Pas de drainage.

Suites opératoires : La malade fait un abcès pariétal. Désunion de la plaie. Suture secondaire le 5 avril 1923. Depuis cette date la guérison survient sans autre incident.

Anatomie pathologique : Appendicite atrophiante. Lumière remplie d'exsudats muco-hématiques avec leucocytes. Peu d'inflammation dans les couches musculuse et séreuse.

Pas de lésions tuberculeuses dans la paroi, ni sur le méso-appendice.

OBSERVATION XIII.

Marcelle C..., 46 ans. Entre le 27 mars 1923, salle 4, lit 24, dans le service de M. le docteur Lefèvre, pour : « Crises douloureuses dans la fosse iliaque droite ».

On relève trois crises dans l'histoire.

La première crise débute fin décembre 1924. Trois heures après le repas de midi apparaît brusquement une douleur dans la fosse iliaque droite, s'irradiant à tout l'abdomen. Vomissements alimentaires, puis bilieux.

Température à 39°. Agitation. Durée : *Deux jours* au bout desquels la douleur décroît. La constipation est absolue pendant cinq jours. Les vomissements ont cessé rapidement.

Pendant la crise, ballonnement de la région cœcale.

Deuxième crise fin février 1925. Durée : *Quatre jours*. Mêmes caractères de la douleur que la première fois. Des nausées, pas de vomissements.

La douleur n'a pas cessé complètement entre les crises, et après la seconde elle continue, exagérée par la fatigue, calmée par le repos.

Troisième crise au début de mars 1925. Durée : *Deux jours*, et depuis, jusqu'à son entrée à l'hôpital, n'a pas cessé de souffrir.

Dans les antécédents rien à retenir.

Constipation habituelle (trois ou quatre jours sans aller à selle).

Examen : Douleur et contracture à la pression, limitées à la zone de Mac Burney.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 28 mars 1925 : *Négative*.

Opération le 2 avril 1925. Anesthésie à l'éther. Appendice rétro-cœcal long et gros, faisant contre le cœcum auquel il est adhérent un double coude à angle aigu. Libération assez délicate et longue.

Suites opératoires : *Simple*s. Température à la normale au bout de trois jours.

Le douzième jour quelques douleurs abdominales avec ballonnement, sans phénomènes généraux. Durée deux jours, puis tout rentre dans l'ordre. La guérison survient sans autre incident.

OBSERVATION XIV.

Georges L..., 23 ans. Entre le 24 mars 1925, salle 18, lit 33, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour y être opéré d'appendicite.

On note *sept crises* antérieures.

Première crise en juillet 1923. Durée : deux jours. Sans vomissements, sans fièvre, n'arrête pas son travail.

Deuxième crise en janvier 1924. Durée : deux jours. Semblable à la première (n'avait pas souffert dans l'intervalle).

Troisième crise en mai 1924. Pareille aux deux premières.

Pour ces trois premières crises le médecin n'a pas été appelé.

Quatrième crise le 28 juillet 1924. Durée : cinq jours. Sans fièvre ni vomissements. Constipation assez marquée (quatre jours sans selles).

La douleur a eu un début soudain et a été plus vive cette fois.

Traitement : Repos, diète, cataplasmes.

Cinquième crise le 12 janvier 1925. Semblable à la précédente.

Sixième crise le 13 février 1925. Semblable également à la précédente. La glace a été appliquée pendant trois jours.

Septième crise le 9 mars 1925. La douleur est extrêmement vive. Durée : trois jours. Dans l'intervalle, pas de douleurs. Constipation légère.

L'examen est à peu près *négatif*. Il n'y a pas de douleurs à la palpation dans la région appendiculaire.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 28 mars 1925 : *Positive faible*. La rougeur atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Opération le 1^{er} avril 1925. Ether. Incision de Jalaguier. Appendicite rétrocaecale et rétrocolique; adhérences. Appendicectomie par section première et libération de la base vers la pointe.

Appendice très long, calibre faible, en *hameçon* (à angle très aigu); turgescence et congestionnée à son extrémité.

Ouverture en long : Lésions de folliculite, une goutte de pus à l'extrémité.

Suites opératoires : D'abord simples (la température revient à la normale au deuxième jour), puis au huitième jour : température à 39° sans phénomènes pulmonaires, sans douleurs abdominales à la pression; mais le toucher rectal révèle un empatement dans la fosse iliaque droite. Glace pendant quatre jours.

Tout rentre dans l'ordre au bout de six jours.

OBSERVATION XV.

Marie M..., entre le 7 mars 1925, salle 9, dans le service de M. le professeur Chavannaz pour « Appendicite ».

Quatre crises dans l'histoire.

Première crise au début de janvier 1925. Apparition soudaine d'une douleur modérée dans la région appendiculaire avec irradiation dans le flanc droit. Nausées, pas de vomissements. Température à 38°. Constipation marquée. La crise prend fin au bout de quatre jours.

Deuxième crise fin janvier 1925. Début soudain par douleur vive, ayant même siège que la première fois.

Durée : quatre jours, avec constipation absolue, vomissements.

La *troisième crise* apparaît vers le 15 février 1925. Elle est plus violente et plus longue que les précédentes. Elle dure six jours. La douleur a été très aiguë, il y a eu les trois premiers jours des vomissements alimentaires, puis bilieux, la température a atteint 40°. On a appliqué de la glace.

La *quatrième crise* débute le 4 mars 1925 en pleine nuit par une douleur violente au niveau de la région épigastrique (Sensation de « coup de poignard »).

Durée quelques heures. La douleur se calme après deux ou trois vomissements.

Antécédents. Pas de maladie grave. Constipation habituelle légère. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Douleurs au moment des règles.

Examen : Douleur légère à la pression dans la région appendiculaire.

Au toucher vaginal on trouve une rétroflexion complète; réductible. Pas d'annexes perceptibles. Epreuve des trois points positive en faveur de l'appendicite.

Diagnostic : Appendicite et rétroflexion.

Intradermo-réaction le 22 mars 1925 : *Négative.*

Opération le 25 mars 1925. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'ovaire droit présente des petits kystes. Ovariectomie droite. Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de la plicature. Appendice rétrocaecal et adhérent. Appendicectomie par section pre-

mière et libération du méso de la base vers la pointe (Libération difficile).

L'appendice est long, congestionné.

A la coupe : Hypertrophie de la couche lymphoïde.

Suites opératoires : Très simples.

Température normale au bout de deux jours. Gaz rendus le lendemain. Pas de vomissements.

Exeat le 18 avril 1925. Guérie.

OBSERVATION XVI.

Juliette G..., 35 ans, sans profession. Entre le 4 mars 1925, salle 9, lit 5, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite.

Dans l'histoire de la maladie, on ne relève pas de crise avec douleur brusque, vomissement ou ballonnement. La malade n'a jamais été constipée.

Elle a commencé à souffrir du ventre au mois de mars 1924. Elle a ressenti des douleurs dans la région appendiculaire, douleurs légères qui ne l'ont jamais arrêtée dans ses occupations. Ces douleurs duraient cinq à dix minutes et dans l'intervalle, qui était de deux à trois jours, la malade n'éprouvait aucune gêne.

Les choses ont continué ainsi pendant un an, sans fait nouveau, sans altération de l'état général, sans aucune constipation.

Dans les *antécédents* on note une typhoïde à 13 ans, deux accouchements à 23 et 30 ans; un avortement entre les deux. Pendant la deuxième grossesse un *ictère* pour lequel la malade est restée un mois au lit; les matières étaient décolorées, il n'y avait aucune douleur.

A l'*examen* : Femme robuste. L'abdomen présente une douleur à la palpation profonde au point de Mac Burney. La paroi est souple. Le point vésiculaire est indolore. Le signe de Murphy négatif.

Appareil génital et autres appareils : Rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite chronique ? ou cholécystite ? (il y a 2 gr. 70 de cholestérine par litre de sang).

Intradermo-réaction le 15 mars 1925 : *Négative*.

Opération le 18 mars 1925. Incision le long du bord externe du

muscle grand droit. L'examen du foie et des voies biliaires reste négatif. La vésicule est bleu rouge, distendue; paraît saine. Pas de calculs à la palpation.

Prolongement inférieur de l'incision. L'appendice, libre, est extériorisé; il est long, gros, et turgescant; plus vascularisé que normalement.

Pas de réaction péritonéale.

Appendicectomie au thermo.

Enfouissement en bourse.

Extirpation d'un kyste séreux de l'aileron de la trompe (côté droit). Fermeture de la brèche.

Suites opératoires : Simples. Cependant phénomènes pulmonaires aigus. Tout est rentré dans l'ordre le douzième jour.

Quitte l'hôpital le 13 avril 1925. Guérie.

OBSERVATION XVII.

Madeleine D..., 21 ans, femme de chambre. Entre le 4 avril 1925, salle 9, lit 12, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Douleurs abdominales ».

On note *deux crises* dans l'histoire de la maladie.

La première crise, en septembre 1920, dure trois jours. Débute par l'apparition progressive d'une douleur très vive, siégeant au point de Mac Burney, n'obligeant pas la malade à suspendre ses occupations. Cette douleur se manifeste surtout le soir. Au bout de trois jours, tout rentre dans l'ordre. Il n'y a pas eu de vomissements, pas de nausées, pas de ballonnement, pas d'arrêts des gaz, pas de fièvre.

Pendant les cinq ans qui suivent, on ne note aucun trouble; pas de phénomènes douloureux; mais de la constipation (trois jours sans selles) sans signes d'entérite.

La deuxième crise apparaît le 12 février 1925 par une douleur soudaine au lever, même siège que la première fois, douleur vive; la malade garde le lit (glace). Il n'y a pas de vomissements, mais une fièvre élevée (39° les premiers jours) avec ventre ballonné; constipation marquée. La douleur diminue peu à peu. On enlève la glace le *septième jour*.

Le lendemain : reprise de la douleur et des phénomènes généraux.

Durée totale : quinze jours.

Depuis cette époque, il n'y a plus eu de crise à proprement parler, mais une douleur sourde, intermittente, dans la fosse iliaque droite, gênant beaucoup la malade dans son travail.

Dans les antécédents il faut noter une constipation chronique. Jamais d'ictère.

L'examen montre un état général bon. L'abdomen est absolument souple. On ne réveille en aucun point de douleur à la palpation profonde. Le rein droit est un peu abaissé.

Au niveau des autres appareils : Rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 4 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 6 avril 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jalguiier. Le cœcum s'exteriorise facilement. L'appendice est libre, avec un minimum de lésions. De longueur moyenne, un peu rouge et renflé à son extrémité.

Appendicectomie facile. Enfouissement. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Simples. Température normale au bout du cinquième jour. Gaz rendus le troisième jour; pas de douleur abdominale. Guérison *per primam*. Exeat le 27 avril 1925

OBSERVATION XVIII.

André D..., 19 ans. Entre le 3 avril 1925, salle 18, lit 7, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour « Appendicite ».

La première crise se montre fin juin 1920 et dure quarante jours : Apparition progressive, la nuit, de douleurs dans tout le ventre avec maximum dans la région appendiculaire. L'intensité de la douleur est moyenne et n'oblige pas le malade à se courber en deux.

Quelques nausées, pas de vomissements. Pas de constipation. Fièvre légère.

Pendant huit jours n'en dit rien à personne et continue son travail (élève au lycée).

Le neuvième jour est vu par le médecin qui ordonne : Lit, diète et glace. La douleur se calme peu à peu. Au bout de quarante jours la crise est passée.

Pendant les deux années qui suivent, aucun phénomène douloureux même à la pression. Pas de constipation. Régime suivi la première année, consistant en : laitage, pâtes alimentaires, purées.

Au début de 1922, apparaissent de petites crises se manifestant par une douleur légère à droite, sans vomissements, sans fièvre. Elles durent une demi-journée en moyenne, et se montrent environ tous les mois, cela jusqu'au jour où le malade entre à l'hôpital. Depuis les quatre derniers mois elles sont plus fréquentes et se montrent toutes les semaines.

Pas de constipation. Jamais de crise aussi forte que la première.

Dans les antécédents : Rien à signaler.

A l'examen : Les signes sont négatifs, la palpation n'éveille aucune douleur abdominale; il y a une légère submatité de la fosse iliaque droite.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 5 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 8 avril 1925. Ether. Incision de Jalaguier. Appendice libre, long, un peu congestionné. Appendicectomie facile.

Suites opératoires : Simples, sauf bronchite au deuxième jour qui dure huit jours.

Le malade rend des gaz le troisième jour.

Réunion *per primam*.

Sort guéri le 6 mai 1925.

OBSERVATION XIX.

Camille S..., 22 ans. Entre le 7 avril 1925, salle 1, lit 32, dans le service de M. le docteur Lefèvre.

C'est une constipée chronique qui depuis huit jours présente une douleur continue, pas très vive dans la région appendiculaire.

Elle présente en outre une histoire annexielle gauche depuis un accouchement en 1920. L'accouchement s'est bien passé; depuis, souffre au moment des règles surtout à gauche.

A l'examen de l'abdomen on trouve un point douloureux à la pression dans la zone de Mac Burney. On ne sent aucune tuméfaction, le cœco-ascendant n'est pas perceptible.

Peu de chose à l'examen de l'appareil génital. Annexes gauches un peu douloureuses.

Intradermo-réaction le 10 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 12 avril 1925. Incision de Mac Burney. Appendicectomie facile. Appendice libre.

Suites opératoires : Guérison sans incidents.

OBSERVATION XX.

Joséph Z..., 31 ans, garçon de restaurant, entre le 2 avril 1925, salle 10, lit 4, dans le service de M. le docteur Verdelet (docteur Chenut remplaçant), pour : « Douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite » (entre en pleine crise).

A présenté une première crise au début de janvier 1925, caractérisée par des douleurs généralisées à tout l'abdomen, apparues brusquement, avec nausées, pas de vomissements, fièvre.

Durée de la crise : vingt-quatre heures.

Puis n'a présenté aucun signe pendant trois mois.

Le 1^{er} avril 1925, a éprouvé soudainement des douleurs ayant mêmes caractères que la première fois; il y a eu des vomissements, de la fièvre élevée.

Le lendemain, 2 avril, *entre à l'hôpital* :

La température est à 40°; il y a de la contracture généralisée à tout l'abdomen. Pas de douleur localisée nette. Les selles ne sont pas arrêtées.

Le toucher rectal est négatif.

Traitement : Repos, diète, glace.

Douleur et température disparaissent peu à peu, au bout de quatre jours.

Intradermo-réaction le 10 avril 1925. Zone rosée des dimensions d'une pièce de un franc. Peut être considérée comme *négative*.

Opération le 15 avril 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jala-guier. La cavité péritonéale est normale. Le cœcum et la fin de l'iléon sont réunis en une masse d'adhérences inflammatoires dans lesquelles l'appendice est noyé.

La base de l'appendice est invisible. La pointe sort du magma dans lequel il n'y a pas d'épiploon.

Libération assez pénible de l'appendice.

Le méso-appendice est très friable et contient un petit abcès

Section. Enfouissement. Fermeture sans drainage « en trois plans ».

Mise en place de glace.

Suites opératoires : Assez simples. Le lendemain de l'opération, apparition de phénomènes pulmonaires aigus, sans souffle, avec crachats purulents. Température à 39°. Régression en deux jours.

La guérison se poursuit sans incidents.

OBSERVATION XXI.

François L..., 48 ans, cultivateur. Entre le 18 avril 1923, salle 17, lit 19, dans le service de M. le professeur Bégouin, pour : « Appendicite ».

Le malade a eu une seule crise : celle qui l'amène à l'hôpital (N'a jamais souffert du ventre antérieurement).

Début de la crise le 5 avril 1923 au soir, par une douleur légère, s'installant progressivement, à siège bas, dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Pas d'irradiation. Cette douleur n'augmente pas d'intensité, elle reste légère jusqu'à la fin de la crise (à noter cependant une augmentation de courte durée provoquée, dit le malade, par l'ingestion d'une petite quantité de bouillon au dixième jour de la crise). Pas de vomissements. Quelques nausées les premiers jours. Les trois premiers jours : selles à peu près normales (presque liquides cependant) et depuis le 8 avril, aucune selle. Pas d'arrêt des gaz. Un peu de ballonnement.

Entre à l'hôpital treize jours après le début de sa crise. A l'entrée on note une température un peu élevée, qui décroît le lendemain. Elle est normale aujourd'hui.

Dans les antécédents : Rien à signaler.

Examen : C'est un homme amaigri, au teint subictérique.

L'abdomen présente une défense pariétale assez marquée à droite de la ligne médiane. Souple partout ailleurs. Aucune douleur à la palpation. Dans la fosse iliaque droite on sent un plastron, dur, allongé dans le sens parallèle à l'arcade et ayant comme dimensions : quinze centimètres sur huit centimètres. Le placard est mat à la per-

cussion, ses pourtours sont nets, il n'y a aucune douleur à la pression à ce niveau (Douleur légère à la pression immédiatement au-dessus).

Toucher rectal : Négatif.

Autres appareils : Normaux.

Intradermo-réaction le 21 avril 1925. *Légèrement positive localement*. Pas de fièvre. Occasionne une réaction focale, le malade pendant un jour ou deux souffre dans la région appendiculaire.

Opération le 14 mai 1925. Incision en dehors du droit. On arrive sur une masse d'épiploon adhérent que l'on doit sectionner. Le centre est occupé par un appendice gros comme le petit doigt, turgescant, plein de liquide. Il est adhérent au cœcum, à la fin du grêle et à la paroi. On le libère, on le sectionne à la base au thermo, le méso n'a pas saigné. En somme, opération à tiède, avec ses inconvénients. Tout s'est passé sans incidents.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Simples.

OBSERVATION XXII.

Marie-Louise B..., 23 ans, employée de commerce. Entre le 20 avril 1925, salle 9, lit 1, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour « Appendicite chronique ».

L'affection débute le 9 novembre 1924 (antérieurement n'a jamais souffert du ventre). La crise débute au réveil par une douleur dans la fosse iliaque droite : Douleur soudaine, très vive, se généralisant vite à tout le ventre, mais gardant son maximum au niveau du point de Mac Burney. La malade garde le lit. Il n'y a pas de vomissements (de simples nausées), pas de fièvre. La crise dure quelques heures (de 6 heures du matin à 2 heures de l'après-midi). Traitement : Diète et repos au lit un jour.

Le lendemain la malade se lève, n'éprouvant qu'une légère fatigue. La douleur a complètement disparu.

Il n'y a pas eu d'autre crise, mais, de temps à autre, des douleurs légères au point de Mac Burney, ressenties le plus souvent au réveil et ne durant que quelques instants.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave, pas d'ictère. Cons-

tipation habituelle. Pas d'histoire génitale (seulement quelques pertes insignifiantes).

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Examen : La palpation ne provoque aucune défense pariétale. On observe une douleur à la pression dans la région appendiculaire.

Au toucher vaginal : L'utérus est antéfléchi, mobile, de volume normal. Les annexes ne sont ni douloureuses, ni perceptibles. L'épreuve des trois points est positive en faveur de l'appendicite.

Autres appareils : Rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite chronique. L'intervention est retardée car la malade a du sucre dans les urines (2 gr. par litre). Boissons alcalines.

Intradermo-réaction le 20 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 6 mai 1925. Ether. Incision de Jalaguier. On extériorise l'appendice qui est libre et non adhérent. Il est long (douze centimètres), turgescence dans toute son étendue, congestionné surtout à son extrémité.

Appendicectomie facile.

L'appendicé ouvert en long montre une muqueuse malade; hypertrophie de la couche lymphoïde, petits foyers hémorragiques. Pas de pus. Gros comme un pois de matières fécales.

Suites opératoires : Très simples. Pas de vomissements. Rend des gaz le deuxième jour. La température et le pouls qui n'ont pas dépassé 38° et 100° sont normaux le troisième jour et la guérison survient sans incident.

OBSERVATION XXIII.

Germaine B..., 48 ans, journalière. Entre le 21 avril 1925, salle 1 bis, lit 2, dans le service de M. le docteur Rabère, pour : « Douleurs abdominales ».

Dans l'histoire de la maladie on relève cinq à six crises.

Première crise : En janvier 1924. Durée trois jours. Débute le matin par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, douleur vive obligeant la malade à s'aliter. La douleur reste localisée à son siège primitif.

Il y a un vomissement le premier jour, de simples nausées les jours suivants, de la fièvre légère.

Traitement : Repos au lit, diète, cataplasmes.

Deuxième crise en mars 1924.

Troisième crise en avril 1924.

Quatrième crise en août 1924. Toutes semblables à la première quant aux caractères de la douleur, son siège, la durée de la crise.

Dans l'intervalle des crises quelques douleurs légères.

Cinquième crise au début de février 1925. Plus violente et plus longue que les autres (dure cinq jours). La douleur est extrêmement vive. Il n'y a pas de vomissements. Fièvre élevée. La malade garde le lit cinq jours, à la diète, cataplasmes chauds.

Antécédents : constipation chronique (huit jours sans aller à selle). Depuis les premières crises, prenait de l'huile de paraffine.

A l'examen, les signes sont très discrets. On note seulement une douleur très légère à la palpation profonde au point de Mac Burney.

Appareil génital et autres appareils : Rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 22 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 25 avril 1925. L'appendice est un peu long, libre de toute adhérence. L'appendicectomie est facile.

Suites opératoires : Très simples. Guérison *per primam* sans aucun incident. La malade quitte l'hôpital le 12 mai 1925, guérie.

OBSERVATION XXIV.

Lucia L..., 26 ans, sans profession. Entre le 21 avril 1925, salle 2 bis, lit 10, dans le service de M. le docteur Charrier, pour « Douleurs abdominales » (Entre en pleine crise)

La malade a présenté *deux crises*.

La première crise débute le 2 mars 1925, et dure *deux jours*. Apparition soudaine, le soir, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, sans irradiation, obligeant la malade à se mettre au lit.

Un vomissement alimentaire le premier jour. Plusieurs vomissements muqueux le deuxième jour. Pas de fièvre. Le ventre est un peu ballonné. Il y a arrêt des matières et des gaz.

Régression rapide des symptômes. Le troisième jour la malade est sur pied.

La deuxième crise débute le 16 avril, plus violente et plus longue que la précédente. Début soudain comme la première fois. Vomissement alimentaire. Fièvre. Vomissement muqueux et bilieux les jours suivants. Augmentation d'intensité de la douleur le lendemain 17 avril.

Arrêt des matières depuis dix jours. Arrêt des gaz les premiers jours.

Au quatrième jour de sa crise, la malade entre à l'hôpital.

Dans *les antécédents* : Constipation habituelle (deux à trois jours sans selles).

L'examen montre un état général conservé. Le ventre est contracturé. Il y a une douleur légère à la palpation profonde au point de Mac Burney, fièvre élevée. L'examen de l'appareil génital montre une rétroflexion réductible. Pas de lésions annexielles

Autres appareils : Rien à signaler.

Intradermo-réaction le 22 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 28 avril 1925. Incision de Jalaguier. Appendice rouge, collé au niveau de l'angle iléo-cœcal. Il y a un abcès près de la pointe. L'appendicectomie est difficile, mais faite après une extériorisation assez bonne du segment iléo-cœcal. Pas d'enfouissement.

Méchage et drainage.

Suites opératoires : Guérison opératoire.

Au cinquième jour, élévation de la température, douleur abdominale. On enlève la mèche au-dessous de laquelle se trouvait une petite collection de pus fétide.

A partir de ce moment les douleurs disparaissent, la température tombe et les suites deviennent simples, évoluent vers la guérison.

OBSERVATION XXV.

Genty M..., 64 ans, boulanger. Entre le 20 avril 1925, salle 10, lit 2, dans le service de M. le docteur Rabère pour « Appendicite ».

Le malade a présenté trois crises.

La première crise débute le 8 janvier 1925, par une douleur brus-

que, d'intensité moyenne dans la région appendiculaire; décroît les jours qui suivent, pour disparaître complètement au bout de quatre jours.

Il n'y a pas eu de fièvre, pas de vomissements (seulement quelques nausées). Ballonnement (gaz rendus en abondance). Le malade a gardé le lit huit jours.

La deuxième crise se montre le 10 février 1925 (moins forte et moins longue que la première). Douleur pas très vive, apparue brusquement dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. Constipation. Durée de la crise : trois jours.

La troisième crise apparaît le 11 avril 1925. Elle est semblable à la précédente; la douleur a même intensité, même siège. Durée : trois jours.

Entre les crises aucune douleur abdominale, aucune constipation.

Antécédents : Rien de spécial. Pas de constipation.

Examen : Homme robuste. Douleur légère à la palpation profonde au point de Mac Burney.

Toucher rectal : *Négatif*. Hernie inguinale droite.

Intradermo-réaction le 26 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 27 avril 1925. Incision de Jalaguier. On tombe sur un foyer d'adhérences péricœcales. La libération de l'appendice est très difficile. L'appendice est adhérent à la paroi cœcale postérieure, adhérente elle-même à la paroi postérieure de la loge cœcale; il est entouré d'un manchon d'adhérences.

Appendicectomie difficile. L'appendice est long, très malade; il est boudiné, irrégulier dans son calibre, étranglé.

Suites opératoires : Très simples.

OBSERVATION XXVI.

Eva Q..., 24 ans, cultivatrice. Entre le 24 avril 1925, salle 9, lit 7, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Douleurs abdominales ».

La malade a présenté trois crises.

La première crise débute vers le 20 janvier 1925 par des douleurs au niveau de toute la moitié droite de l'abdomen, qui irradient

dans la région lombaire droite. Le maximum de la douleur est dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas de vomissements, de simples nausées; la fièvre est légère. La crise dure *cinq jours* pendant lesquels la malade mange comme à l'ordinaire et se repose sur la chaise longue. Il n'y a pas eu de selles pendant les cinq jours, les gaz ont été rendus très abondants.

Deuxième crise vers le 25 mars 1925, moins forte et moins longue que la première (durée une nuit). La douleur, pas très vive, siège nettement dans la région appendiculaire.

Troisième crise le 15 avril semblable à la seconde.

Dans l'intervalle des crises, la malade souffre assez souvent dans la région appendiculaire et dans la région annexielle droite (règles douloureuses).

Ces douleurs annexielles sont apparues antérieurement après un accouchement en février 1920.

En outre, la malade est une *constipée chronique* (trois ou quatre jours sans selles). Pas de signes d'entérite.

Dans les antécédents : Rien de spécial.

Etat actuel : Pas de douleurs spontanées; quelques pertes insignifiantes. Constipation opiniâtre.

A l'examen, on note une rétroflexion réductible, des annexes droites volumineuses et douloureuses. L'épreuve des trois points est positive en faveur de l'appendicite. L'abdomen est souple. Pas de tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Au niveau des autres appareils : Rien à signaler.

Diagnostic : Rétroflexion et appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 27 avril 1925 : *Positive*, sans ascension thermique, sans retentissement ganglionnaire, sans réaction focale.

Opération le 30 avril 1925.

Anesthésie éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est gros, rétrofléchi, mobile. Les annexes droites sont malades.

On pratique l'oosalpingectomie droite et la plicature des ligaments ronds.

L'appendice est long (douze centimètres); libre dans la cavité péritonéale. Ligament appendiculo-ovarien très développé (gêne en partie le redressement de l'utérus que l'on achève après sa section); pas de péritonite plastique périviscérale.

On fait l'appendicectomie (facile).

Appendice long, rouge à son extrémité, fendu longitudinalement, on voit une hypertrophie de la couche lymphoïde. Lésions discrètes.

Suites opératoires : Simples. Température et pouls normaux le troisième jour.

Guérison sans incidents. Exeat le 23 mai.

OBSERVATION XXVII.

Emile R..., 32 ans, agent des P. T. T. Entre, le 10 avril 1925, salle 18, lit 32, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Appendicite chronique ».

Le malade a présenté deux crises.

La première crise débute fin mai 1923, par des douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant bientôt à tout l'abdomen. Douleurs pas très vives. Pas de vomissements, pas de nausées, pas de fièvre. Le ventre est ballonné, la constipation absolue, les gaz sont rendus. Le malade n'interrompt pas son travail, la crise dure *deux jours*.

Dans l'intervalle, aucune douleur.

La deuxième crise débute fin février 1924 et dure *six jours*. La douleur est vive dans tout le ventre et se localise secondairement à la région appendiculaire. La constipation est absolue. Vomissements muqueux le premier jour. Pas de fièvre.

Traitement : Repos, lavements calmants. Cataplasmes.

Depuis cette époque il n'y a pas eu d'autre crise, mais le malade a continué à souffrir au niveau de la région appendiculaire par intermittences.

Dans les antécédents : Fièvre typhoïde pendant la guerre. Constipation chronique (deux à trois jours sans selles). Pas de signes d'entérite.

Examen : Minimum de signes.

Douleur vague à la palpation profonde de la fosse iliaque droite.

Toucher rectal : Négatif.

Diagnostic : Appendicite chronique.

Intradermo-réaction le 15 avril 1925 : *Négative*.

Opération le 22 avril 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jala-

guier. Adhérences pariéto-viscérales que l'on libère. On tombe sur une masse d'adhérences. La libération de l'appendice est difficile.

Appendice petit, en hameçon, collé le long de la face interne du cœcum. Cœcum rouge, un peu dilaté. Appendicectomie. Enfouissement.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Très simples, gaz rendus le lendemain, pas de vomissements. La température est à la normale au bout de trois jours.

Guérison *per primam*.

OBSERVATION XXVIII.

Martial Ch..., 34 ans, cultivateur. Entre le 27 avril 1923, salle 11 bis, lit 20, dans le service de M. le docteur Charrier, pour : « Appendicite chronique ».

Le malade a présenté trois fortes crises.

La première crise débute en octobre 1919 (pas de douleurs abdominales antérieures).

Début le matin par douleur brusque, très vive, en « coup de poignard », dans la fosse iliaque droite. Le malade se courbe en deux. En même temps il y a des vertiges. Vomissements alimentaires.

Au bout de deux heures, la douleur diminue beaucoup et le malade garde le lit quatre jours, sans souffrir. Il n'y a pas eu de fièvre, les selles et les gaz ont été rendus.

Deuxième crise en octobre 1923. Très violente. Dure quinze jours. Marquée par une apparition progressive de la douleur, au même endroit que la première fois. Douleur extrêmement vive, qui diminue très lentement pendant quinze jours. La fièvre est à 38°, il y a des nausées; pas de vomissements.

La constipation est absolue; les gaz passent. Le malade se lève au bout de vingt jours et reprend son travail au bout de deux mois.

Troisième crise : le 4 février 1925. Durée quatre jours. Repos au lit : huit jours. Début par la douleur et des étourdissements; quelques nausées, pas de vomissements, pas de fièvre.

Dans l'intervalle des crises, présente une douleur dans la fosse iliaque, exagérée par la fatigue, l'effort, calmée par le repos. De petites crises même, durant de une à deux heures. Constipation marquée (un à deux jours sans selles). Pas de signes d'entérite.

Depuis la dernière crise la douleur a persisté et au début de mars, il y a eu une petite crise durant quelques heures.

Dans les antécédents : Rien à signaler.

Examen : Défense pariétale assez nette à droite. La palpation de la fosse iliaque éveille une douleur au-dessous du point de Mac Burney.

Toucher rectal : Négatif.

Autres appareils : Normaux.

Intradermo-réaction le 30 avril 1925 : *Négative*.

Diagnostic préopératoire : Appendicite chronique, péricolite et pérityphlite membraneuse.

Opération le 5 mai 1925.

Laparotomie médiane sous-ombilicale Trendelenburg On trouve un appendice rétrocœcal énorme, très long.

Appendicectomie délicate.

Grosses brides pseudo-membraneuses.

Cololyse. Typhlolyse.

Suites opératoires : Simples.

OBSERVATION XXIX.

Irène T..., 17 ans, sans profession. Entre le 29 avril 1925, salle 1 bis, lit 3, dans le service de M. le docteur Rabère, pour : « Douleurs abdominales ».

Au début de 1922 apparaît progressivement dans la région appendiculaire une douleur légère qui dure un jour. Pas de vomissement, pas de fièvre, constipation légère.

Depuis cette date, la malade voit apparaître par intermittences de petites crises, toujours de faible intensité (intervalle de huit jours à un mois entre les crises, sans douleurs).

Depuis quelques mois les crises sont devenues plus longues (deux jours) et aussi plus rapprochées. La constipation est devenue plus marquée. Il n'y a jamais eu de signes d'entérite.

La malade n'a jamais gardé le lit; n'a jamais suivi de régime.

Antécédents : Peu de choses.

Pas de maladie grave, pas de pleurésie, pas d'ictère. Règles régulières, douloureuses. Leucorrhée insignifiante.

Examen : Très bon état général.

Douleur légère à la palpation profonde au point de Mac Burney. Le ventre est souple. On ne sent ni tuméfaction, ni plastron.

Régions annexielles un peu sensibles.

Intradermo-réaction le 2 mai 1925 : *Positive*.

Opération le 4 mai 1925. Incision de Jalaguier. Appendice libre, sans adhérences. Appendicectomie facile. L'appendice est long, mesurant douze centimètres, turgescant, congestionné.

Ouvert en long, il présente de la folliculite. Matières à l'intérieur. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Très simples.

OBSERVATION XXX.

Marie L..., 47 ans, journalière. Entre le 11 mai 1925, salle 9, lit 10, dans le service de M. le professeur Chavannaz, envoyée par son médecin pour : « Appendicite ».

On relève trois crises douloureuses abdominales dans les antécédents.

La première crise est apparue en février 1924 (antérieurement la malade n'avait jamais souffert de l'abdomen).

Le début a eu lieu le matin au lever par une douleur soudaine, très vive (donnant une sensation de torsion), ayant pour siège la région appendiculaire et s'étendant rapidement, dans les heures qui suivent, à tout l'abdomen. La malade se met au lit et se tient courbée en chien de fusil pour calmer la douleur. Cependant, celle-ci demeure aussi vive pendant toute la journée et dans la nuit qui suit. Les vomissements, dès le début de la crise, sont très abondants : muqueux d'abord, puis bilieux, et se poursuivent jusqu'au lendemain matin (la température n'a pas été prise). La constipation est marquée (la malade reste douze jours sans aller à selle). Les gaz ne sont pas rendus les deux premiers jours.

Le lendemain du début, le médecin, appelé en consultation, conseille la diète hydrique, la glace sur le ventre, et le repos au lit.

La douleur diminue rapidement pour disparaître au bout de trois ou quatre jours. Les gaz sont rendus, les vomissements s'arrêtent. La glace est gardée quinze jours. La malade garde le lit en tout trente jours.

La deuxième crise débute vers le 1^{er} janvier 1925. Elle ressemble à la première, mais elle est moins forte et moins longue. La douleur apparaît brusquement, un peu moins vive que la première fois, le siège en est le même, d'abord localisée à droite, puis généralisée à tout le ventre.

Au bout de quelques heures elle décroît pour disparaître complètement en trois jours.

Vomissements le premier jour; constipation marquée, les gaz ne sont pas rendus pendant deux jours. Au bout de douze jours, la malade est sur pied.

La troisième crise apparaît vers le 1^{er} avril, au cours du travail. Elle est en tous points calquée sur la deuxième crise, sans les vomissements cependant. Séjour au lit : douze jours.

Dans l'intervalle des crises et depuis la dernière, la malade ne souffrait pas, mais se sentait lasse, inapte au travail, et éprouvait une pesanteur dans la fosse iliaque droite.

Il n'y avait pas de constipation; les selles ont toujours été quotidiennes, d'abondance et de qualité normales. Dans les *antécédents*, on ne relève rien de spécial, il n'y a pas eu de maladie grave, pas de pleurésie, pas de bronchites fréquentes. A l'âge de dix-huit ans est apparu un goitre exophtalmique, nettement caractérisé par tous ses signes au complet, et qui a régressé sous l'influence d'injections interstitielles modificatrices.

Examen : L'état général est bon. A la palpation, l'abdomen est souple, le cœcum est perceptible et roule sous les doigts, mais ne paraît pas dilaté. La pression au niveau de la région appendiculaire éveille une douleur assez marquée.

Le rein droit est un peu plosé.

La percussion indique une légère diminution de la sonorité au niveau de la fosse iliaque droite, et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

L'examen de l'appareil génital révèle un utérus rétrofléchi, mais parfaitement mobile et sans lésions annexielles.

L'examen des autres appareils ne montre rien de particulier.

Intradermo-réaction pratiquée le 16 mai 1925 : *Positive*.

Opération le 20 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jala-guier. Le cœcum est rouge, congestionné, il est collé au péritoine pariétal par une lame péritonéale probablement d'origine congénitale, et il s'extériorise mal. En relevant le cœcum, on trouve l'appendice dans la loge sous-cœcale. Cet appendice est long, turgescant, gros comme le petit doigt, grisâtre, lardacé, congestionné par endroits. Il est dur au toucher. Il est rétrocœcal, adhérent au cœcum dans sa moitié supérieure.

On fait la libération de la pointe vers la base; on sectionne le méso; on sectionne l'appendice au thermocautère.

Enfouissement en surjet.

Fermeture sans drainage.

L'opération a été délicate. (Rétraction du méso, difficultés de l'hémostase).

L'appendice ouvert en long, présente une sténose à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs.

Au-dessous, se trouve une cavité qui contient quelques gouttes de muco-pus.

Lésions de folliculite; paroi scléreuse.

Suites opératoires : Simples.

Guérison sans aucun incident.

OBSERVATION XXXI.

Georges L..., 37 ans, employé des postes. Entre le 1^{er} mai 1925, salle 17, lit 31, dans le service de M. le professeur Bégouin, pour : « Appendicite ».

On note dans l'histoire de ce malade de nombreuses crises antérieures.

La première s'est montrée en janvier 1924 (antérieurement ce malade n'avait jamais souffert du ventre).

A cette date, il est pris brusquement à la fin de la journée, d'une

douleur, pas très vive, étendue à tout l'abdomen et qui, dans les heures qui suivent, devient plus marquée dans la fosse iliaque droite. Cette douleur dure la nuit, et le lendemain matin elle est à peu près passée. Il n'y a pas eu de vomissements, pas de nausées, pas de fièvre, au dire du malade, pas de constipation marquant la crise. Le lendemain donc, la crise était passée, et le malade malgré une certaine pesanteur dans l'abdomen, pouvait reprendre ses occupations.

Depuis janvier 1924, il y a eu de nombreuses crises, un peu plus longues, et surtout de plus en plus intenses. Les trois premières qui ont suivi celle de janvier ont été séparées par des intervalles de six semaines environ. Puis des crises se sont montrées tous les mois. Les dernières se seraient accompagnées de fièvre et auraient duré en moyenne vingt-quatre heures.

La dernière crise a eu lieu le 24 février 1925; sa durée a été de vingt-quatre heures; il y a eu de la fièvre élevée, des vomissements alimentaires et muqueux.

Dans l'intervalle de ces crises, l'abdomen était le siège d'une pesanteur légère à peu près continue, s'exagérant un peu par la fatigue; le malade dit n'avoir jamais été constipé.

Dans les antécédents on ne note aucune maladie grave, rien n'est à retenir.

Actuellement, le malade, au repos n'éprouve aucune douleur spontanée, mais lorsqu'on l'examine, on trouve une défense légère dans toute la partie droite de l'abdomen, et la palpation profonde éveille une douleur assez nette dans la région appendiculaire.

Le toucher rectal est négatif.

Les autres appareils ne présentent rien de spécial.

L'intradermo-réaction pratiquée le 2 mai 1925 a été *positive* (Tache rosée excédant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Pas de phénomènes généraux. Pas de réaction focale, pas de retentissement ganglionnaires).

Opération le 5 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jala-guier : il existe des adhérences pariéto-viscérales. L'appendice n'est pas adhérent au cœcum; il est gros, irrégulier, monilliforme. L'appendicectomie est facile.

Suites opératoires : Simples.

OBSERVATION XXXII.

Suzanne G..., 29 ans, sans profession. Entre le 17 mai 1923, salle 9, lit 9, dans le service de M. le professeur Chavannaz à qui elle est adressée par son médecin pour : « Appendicite ».

Dans l'histoire de cette malade on ne relève qu'une seule crise qui a duré dix jours. Elle a débuté le 23 décembre 1924, vers 5 heures du matin par une douleur soudaine, assez vive, d'abord étendue à tout le ventre, puis localisée dans l'après-midi à la fosse iliaque droite. Il n'y a pas eu de vomissements. Seulement quelques nausées, un peu de fièvre et une constipation marquée sans arrêt des gaz. Le médecin appelé en consultation conseille : le repos au lit, la diète, et l'application de compresses chaudes.

Le lendemain, la douleur commence à décroître; elle est à peu près passée le dixième jour et la malade se lève le quinzième jour.

Depuis la crise la malade se sent souvent lasse, et elle éprouve de temps à autre des « élancements », dit-elle, dans la fosse iliaque droite, principalement à l'occasion du travail, de la marche, de la fatigue.

Un régime a été suivi régulièrement, consistant en : laitages, purées, pâtes alimentaires. Il n'y a pas eu de nouvelle crise.

Dans les antécédents : on ne relève pas de maladie grave. Il y a eu deux accouchements. Depuis le dernier accouchement, le 16 septembre 1923, il y a des douleurs dans le bas-ventre et les lombes à l'occasion des règles. La malade a toujours été constipée. Il y a eu parfois des glaires dans les selles. Jamais d'ictère.

Examen : L'état général est bon. L'abdomen est souple, mais la pression au niveau du point de Mac Burney éveille une douleur très nette.

La percussion indique une légère matité de la fosse iliaque droite.

Au niveau de l'appareil génital, on trouve une rétroflexion, parfaitement mobile; les annexes gauches sont perceptibles et douloureuses.

L'épreuve des trois points est positive en faveur du point appendiculaire.

Au toucher rectal on sent le fond utérin.

Les autres appareils paraissent normaux.

Diagnostic porté : Appendicite chronique et rétroflexion.

Intradermo-réaction le 18 mai 1925 : *Positive* (sans phénomènes généraux, sans adénopathie).

Opération le 20 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est un peu gros, rétrofléchi, il n'y a pas de lésions annexielles. On pratique le raccourcissement des ligaments ronds par plicature.

L'appendice est libre, de longueur moyenne paraissant peu malade extérieurement.

Appendicectomie facile; enfouissement en bourse; fermeture sans drainage.

L'appendice ouvert en long présente une hypertrophie de la couche lymphoïde.

Suites opératoires : Simples.

OBSERVATION XXXIII.

Alice B..., 34 ans, bonne d'enfants. Entre le 11 mai 1925, salle 9, lit 21, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Crises abdominales ».

La malade a présenté une seule crise au mois de février 1923, elle a été prise subitement, dans le courant de la journée, d'une douleur, pas très vive, siégeant dans la région appendiculaire, et s'étendant dans les heures suivantes à tout l'abdomen. Il n'y avait pas de fièvre, pas de vomissements, seulement quelques nausées, une constipation plus marquée qu'à l'ordinaire puisque la malade est restée huit jours sans aller à selle, pas d'arrêt des gaz. La douleur garde son intensité pendant quinze jours, puis elle décroît et disparaît à peu près complètement au bout d'un mois. Le seul traitement suivi pendant toute la crise a été : le repos sur une chaise longue et un régime alimentaire consistant en laitages, pâtes alimentaires, purées.

Depuis la crise, la malade n'a jamais été arrêtée dans ses occupations, mais la douleur s'est montrée à peu près continue dans la fosse iliaque droite; douleur légère, plutôt une pesanteur, augmentant par la fatigue, disparaissant le plus souvent par le repos de la nuit. La constipation a été marquée (trois à quatre jours sans selles).

Il y a eu à diverses reprises des glaires dans les selles; pas de sang.

Dans les antécédents, on ne relève pas de maladie grave. Elle aurait eu des lésions au poumon droit à l'âge de sept ans. La malade a toujours été constipée, avec des glaires dans les selles, parfois du sang. Il n'y a jamais eu d'ictère.

A l'examen, le ventre est souple et la palpation profonde au niveau du point de Mac Burney éveille une douleur légère. La percussion reste négative.

Le toucher vaginal montre une rétroflexion utérine, mobile, réductible. Il n'y a pas de lésions des annexes. L'épreuve des trois points montre une douleur maxima au point de Mac Burney.

Toucher rectal négatif.

Les autres appareils paraissent normaux.

Intradermo-réaction le 11 mai 1925 : *Négative*.

Opération le 13 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Pfannenstiehl. On réduit l'utérus et on le maintient en place en racourcissant les ligaments ronds. L'appendice est un peu long, libre.

Appendicectomie facile.

Fermeture sans drainage.

L'appendice fendu en long paraît un peu congestionné : Il y a hypertrophie de la couche lymphoïde.

Suites opératoires : Simples. Gaz rendus le deuxième jour. Température et pouls normaux le troisième jour. S'y maintient jusqu'à la guérison.

OBSERVATION XXXIV.

Adélaïde G..., 29 ans, sans profession. Entre le 23 mai 192, salle 9, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Appendicite ».

Il y a eu deux crises antérieures.

La première crise en août 1923, dure quinze jours. La malade est prise progressivement dans la journée d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur assez forte qui s'étend bientôt à tout l'abdomen. Pendant quinze jours la douleur garde son intensité, la malade reste au lit, à la diète avec de la glace sur le ventre; il y a eu quelques vomissements les premiers jours, pas de fièvre. La constipation n'a pas été plus marquée que d'habitude.

La deuxième crise débute en juillet 1924; elle est semblable à la première, moins longue cependant; au bout de huit jours la malade est sur pieds.

Dans l'intervalle des deux crises et depuis la dernière, la région appendiculaire est restée légèrement douloureuse, d'une façon presque constante.

Antécédents : Constipation chronique (quatre jours sans selles). Pas de signes d'entérite. Depuis un accouchement en 1920, subsistent des douleurs dans le bas-ventre et les lombes, au moment des règles surtout, et par la fatigue.

Etat actuel : Dans la fosse iliaque droite existe une douleur très légère, spontanée.

A l'examen : Douleur provoquée par la palpation au point de Mac Burney. Le toucher vaginal ne montre pas de lésion génitale. L'épreuve des trois points est positive en faveur de l'appendicite.

Toucher rectal : Négatif.

Autres appareils : Rien à signaler.

Intradermo-réaction le 25 mai 1925 : *Négative*.

Opération le 27 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jala-guier. Le cœcum s'extériorise bien. L'appendice est libre, de longueur moyenne, un peu rouge et renflé à son extrémité. Méso un peu rétracté.

L'appendicectomie est *facile*.

L'appendice ouvert en long présente de la folliculite.

Suites opératoires : Simples.

OBSERVATION XXXV.

Sébastien L..., 23 ans, manoeuvre. Entre le 22 mai 1925, salle 18, lit 29, dans le service de M. le professeur Chavannaz, pour : « Appendicite ».

Le début de l'affection remonte environ à 1922. Depuis cette époque, en effet, jusqu'au mois d'avril 1925, le malade qui n'avait jamais souffert de l'abdomen antérieurement, a présenté *quatre petites crises*, durant deux heures environ chacune, caractérisées par une dou-

leur légère dans la région appendiculaire, sans vomissements, sans fièvre.

Entre ces crises le malade restait plusieurs mois sans rien éprouver d'anormal.

Le 13 avril 1925, il est pris vers le milieu de la journée d'une douleur légère dans la fosse iliaque droite sans vomissements. Pendant cinq jours il continue son travail, la douleur persistant avec même intensité. Mais le 18 avril il est pris d'une douleur intense dans la partie droite de l'abdomen, douleur qui l'oblige à se courber en deux. Il y a des vomissements abondants. Pas d'arrêt des gaz. Le médecin consulté conseille : l'application de glace sur le ventre, la diète hydrique, le repos au lit.

Au bout de huit jours le sujet est sur pied, reprend son travail, mais une douleur très légère, continue, persiste à droite. Il n'y a pas de nouvelle crise.

Examen : Etat général conservé. La palpation abdominale réveille une douleur au point de Mac Burney. Il n'y a pas de défense pariétale. La percussion est normale; le toucher rectal négatif. Les autres appareils sont normaux.

Intradermo-réaction le 24 mai 1925 : *Positive*.

Opération le 28 mai 1925. Anesthésie à l'éther. Incision de Jalauguiet. Le cœcum normal s'extériorise bien. L'appendice est libre, de longueur moyenne; très vascularisé surtout à son extrémité.

Appendicectomie facile.

Enfouissement en surjet.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Le soir de l'opération la température est à 38° 8, le pouls à 100; le malade va bien, mais se plaint de l'abdomen. On constate une réaction péritonéale légère. On applique la glace.

Le lendemain le malade tousse.

On trouve à l'auscultation des râles disséminés de bronchite.

Le soir du troisième jour, la température est à 39° 4, le pouls à 100. La réaction péritonéale semble passée; le malade ne tousse plus du tout, rend des gaz; on supprime la glace, mais les quelques râles de bronchite, sans aucune dyspnée n'expliquent pas ces phénomènes généraux.

Le quatrième jour, le malade vu le matin est euphorique, les signes de bronchite ont disparu, la température est à 39°6, le pouls à 106.

Le soir du quatrième jour : la température monte à 40°2, le pouls à 120. Facies toxique. Dyspnée.

Le cinquième jour, le malade est dans un état désespéré; les extrémités sont refroidies; il est emmené par sa famille et meurt deux heures après.

L'hémoculture pratiquée le cinquième jour s'est montrée négative.



CONCLUSIONS

A. — L'intradermo-réaction au coli-bacille ne donne aucun renseignement sur le degré des lésions appendiculaires que porte un malade. Et cela ne surprend pas. Ce serait en effet un non-sens que de vouloir faire de cette réaction un moyen de diagnostic. Le coli-bacille est loin d'être le germe spécifique de l'appendicite; on le rencontre « un peu partout » dans l'organisme.

B. — La chose qui nous occupe est bien différente : L'acte opératoire appendicectomie va libérer et lancer dans la circulation certains germes, parmi lesquels se rencontrera presque constamment le coli-bacille.

Si l'organisme est en état de moindre résistance vis-à-vis des germes ainsi libérés, cette décharge microbienne pourra provoquer des accidents graves.

Or, il semble ressortir des cas que nous avons observés qu'une intradermo-réaction positive décèle bien cet état de moindre résistance vis-à-vis du coli-bacille. C'est dans ces cas positifs en effet que nous avons rencontré ces accidents graves post-opératoires.

Il devient alors naturel d'essayer de relever la résistance organique dans ces cas positifs en employant une thérapeutique spécifique :

La vaccination anticoli-bacillaire préopératoire.

Telle est la méthode proposée et utilisée par L. Bazy.

Nous pensons que cette méthode doit rendre des services en réduisant au minimum les aléas postopératoires de l'appendicectomie.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 15 juillet 1925.
Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZY (L.). — Valeur diagnostique et pronostique de la bactériothérapie dans les infections chirurgicales des viscères abdominaux, appendicite en particulier. Société de chirurgie, 12 mars 1919.
- VALLÉE (H.) et BAZY (L.). — Essai de bactériothérapie par extrait microbien. Société de chirurgie, 11 mai 1921.
- NABIAS (DE). — Trente appendicectomies précédées d'intradermo-réaction et de vaccination anticolibacillaire. Société de chirurgie, 18 juin 1924; rapporteur, M. L. Bazy.
- CLAVELIN (Ch.). — La sérothérapie antigangréneuse et l'intervention précoce systématique combinées dans le traitement de l'appendicite aiguë (série de 40 cas sans décès). Société de chirurgie, 13 mai 1925.
- CHEVRIER (L.). — Un cas de mort rapide sans accident local après appendicectomie à froid. Société de chirurgie, 16 juin 1920.
- LAMBRET. — Soins pré et postopératoires dans la chirurgie de l'estomac. XXXIII^e Congrès français de chirurgie.



